Análise das diretrizes curriculares nacionais e da

Política Nacional da Atenção Básica em foco nas competências das profissões de saúde no Brasil



Rebecca de Holanda Mencarini e Siqueira

Atena Editora
Ano 2022

Análise das diretrizes curriculares nacionais e da **Política Nacional da Atenção Básica em foco nas competências das profissões de saúde no Brasil**



Rebecca de Holanda Mencarini e Siqueira

Atena
Editora
Ano 2022

Editora chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Editora executiva
Natalia Oliveira
Assistente editorial
Flávia Roberta Barão
Bibliotecária
Janaina Ramos
Projeto gráfico
Bruno Oliveira
Camila Alves de Cremo
Daphynny Pamplona
Luiza Alves Batista
Natália Sandrini de Azevedo
Imagens da capa
iStock
Edição de arte
Luiza Alves Batista

Análise das diretrizes curriculares nacionais e da Política Nacional da Atenção Básica em foco nas competências das profissões de saúde no Brasil

Diagramação: Daphynny Pamplona
Correção: Bruno Oliveira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: A autora
Autora: Rebecca de Holanda Mencarini e Siqueira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S618 Siqueira, Rebecca de Holanda Mencarini e
Análise das diretrizes curriculares nacionais e da Política Nacional da Atenção Básica em foco nas competências das profissões de saúde no Brasil / Rebecca de Holanda Mencarini e Siqueira. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-0102-5
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.025221905

1. Atenção primária à saúde. 2. Política pública. 3. Ensino. I. Siqueira, Rebecca de Holanda Mencarini e. II. Título.

CDD 362.1042

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Atena Editora
Ano 2022

DECLARAÇÃO DA AUTORA

A autora desta obra: 1. Atesta não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao conteúdo publicado; 2. Declara que participou ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certifica que o texto publicado está completamente isento de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirma a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhece ter informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autoriza a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce,* ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

DEDICATÓRIA

Ao meu marido Claudio,

Amigo, companheiro, amor da minha vida. Sem seu apoio não poderia ter vivido e me dedicado a este momento tão intensamente.

Aos meus filhos Virginia e Alberto,

Meus amores, parte de mim até a eternidade. Gratidão por sempre me apoiarem e ensinarem a viver o amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, pela vida e pela fé que me possibilita sonhar e acreditar na mudança.

Aos meus amados pais Zirlanda e Adilson Mencarini, exemplos de responsabilidade, dedicação e caráter, por viabilizarem todas as minhas decisões em minha trajetória na graduação e apoio fundamental no início de minha vida profissional. Gratidão eterna.

Ao meu orientador Prof. Dr. Fernando Aith, pelas referências acadêmica e profissional, e por me apresentar a um novo olhar do direito.

A Profa. Dra. Ana Claudia Germani, pela parceria e ajuda nesta caminhada de aprendizado como pesquisadora. Gratidão pela oportunidade a mim ofertada e por me inspirar como profissional da saúde, educadora e cidadã.

Aos meus irmãos Rachel, Leonardo e Renata, sempre dispostos a me ajudar quando precisei... Competências diferentes que unidas me ajudaram muito. Amo vocês.

As funcionárias do Departamento de Medicina Preventiva, sempre cordiais e prontas para atender a nossas inquietações com sorriso e paciência, agradeço pelo acolhimento.

Aos docentes e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, e aos amigos que fiz e levarei para a vida.

Aos colegas de pesquisa da OPAS, agradeço pelo aprendizado sempre harmonioso e rico nas discussões.

Aos profissionais que trabalharam comigo (alguns hoje grandes amigos) nesta trajetória da assistência e na gestão da saúde, trilhando o aprendizado (no início intuitivo) do trabalho interdisciplinar e colaborativo na saúde. Todos em minhas lembranças e histórias para contar.

Todo meu respeito a cada uma das pessoas que tive a honra de poder cuidar, e que confiaram em meu trabalho nestes 25 anos de profissão. Aprender com cada uma me tornou um ser humano melhor. Minha busca pela qualidade da prática profissional na saúde é para e por vocês=nós.

UM SÓ

Somos comunistas
E capitalistas
Somos anarquistas
Somos o patrão
Somos a justiça
Somos o ladrão
Somos da quadrilha
Viva São João
Somos todos eles
Da ralé, da realeza
Somos um só
Um só
Um, dois, três
Somos muitos
Quando juntos
Somos um só
Um só
Somos democratas
Somos os primatas
Somos vira-latas
Temos pedigree
Somos da sucata
E você aí
Somos os piratas
Guarani-tupis
Somos todos eles
Da ralé, da realeza
Somos um só
Um só
Um, dois, três
Quando juntos
Somos muitos
Somos um só
Um só

Tribalistas

APRESENTAÇÃO

No ano de 1995, dois anos após ter de concluído a minha graduação e depois de ter feito uma especialização como bolsista em geriatria, ingressei no serviço público municipal de uma cidade na região metropolitana de São Paulo, no cargo de terapeuta ocupacional.

Foram 22 anos de experiência como servidora pública, sempre atuando na área da saúde. Com minha formação direcionada à reabilitação, iniciei minha atividade neste campo da saúde pública, atuando com crianças (estimulação precoce integração sensorial com foco na inclusão escolar). Após um ano, estava inserida em um centro de reabilitação, onde atuava com reabilitação de membros superiores.

Os desafios começavam naquele momento (falta de material e espaço, dificuldades de comunicação entre os profissionais, ausência de trabalho em equipe, entre outros), mas, graças aos usuários e alguns colegas, o trabalho era motivador.

No ano de 2005, durante um curso de especialização em promoção da saúde, realizado na FMUSP, pude iniciar minha fundamentação da prática, que até aquele momento era intuitiva, fruto da minha formação humanista na graduação e associada à maturidade profissional e de conceitos como trabalho em equipe, saúde baseada em evidências, prevenção e promoção da saúde passaram a orientar a minha atuação, com foco principalmente no trabalho interdisciplinar. Porém, na especialidade, esta abordagem causava conflitos, sempre refletindo na qualidade da assistência.

No período de 2011 a 2017, pude atuar exclusivamente na área da Saúde Coletiva, adquirindo experiência em equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), na gestão de projetos interdisciplinares e na vigilância em saúde, atuando com supervisão de equipes na atenção primária à saúde (APS) e participando da elaboração de políticas públicas do município.

A oportunidade desta dissertação de mestrado surgiu a partir de uma pesquisa financiada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 2015, intitulada "Regulação das Profissões de Saúde no Brasil: mapeamento jurídico e institucional, identificação de pontos de articulação e desarticulação e formulação de propostas para a harmonização regulatória". Atuei como pesquisadora até 2016, e durante este processo a partir de reflexões diante do material coletado, algumas "fichas caíram". Como num turbilhão, hipóteses e questionamentos pareciam dar lugar a respostas tão buscadas durante 22 anos de assistência na saúde pública.

Em março de 2017, pedi exoneração do cargo de terapeuta ocupacional (decisão tomada após a oportunidade de prosseguir com esta pesquisa de mestrado), com a expectativa de poder contribuir em outra esfera: com a formação de profissionais que atuam na assistência na APS.

Certa vez, em uma supervisão para uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, durante uma proposta de atividade para trabalharmos com a questão do acolhimento na unidade de saúde, uma enfermeira (sensibilizada pela reflexão vinda da discussão em grupo) disse a seguinte frase: "eu saí da faculdade aprendendo a dar injeção, não a acolher".

Esta frase até hoje me emociona e reverbera em minhas memórias como motivadora para seguir em frente e acreditar que a formação destes profissionais pode interferir na melhora da qualidade dos serviços, e na satisfação pelo trabalho desempenhado na atenção básica.

Para isso, os alunos na graduação devem ter a oportunidade de construir seu conhecimento através da produção de subjetividade, além de habilidades técnicas, incluindo também o adequado conhecimento do SUS.

Experiências de vida e vivências na coletividade produzem uma inteligência (mais que um saber) "desafiada por estas experiências[1]". Quando abordamos a questão das competências: "fica-se inteligente porque se aprende, aprende-se porque houve a oportunidade do aprendizado[1]".

Do ponto de vista das competências, é a "oportunidade de desenvolvimento do coletivo de trabalho, que coloca em movimento o saber formal, mas, acima de tudo, os saberes informais de si e dos atores sociais em situação de implicação[1]".

Portanto, a compreensão acerca das competências para o trabalho na saúde pautada em políticas públicas e programas de saúde faz-se necessária, quando buscamos identificar o porquê da distância do prescrito e do real na prática profissional no cenário da saúde pública.

---

1 Ceccim RB. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. Rev. Tempus Actas Saúde Colet. 2012;6(2):253-276.

SUMÁRIO

RESUMO

Siqueira RHM. *Análise das diretrizes curriculares nacionais e da política nacional de atenção básica com foco nas competências das profissões de saúde no Brasil* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

Introdução: O debate sobre a formação de profissionais da saúde no mundo tem valorizado a integração entre o sistema de educação e o sistema de saúde. Paralelamente, ganham força a educação baseada em competências como também a ideia de competências profissionais que favoreçam a qualidade do cuidado centrado na pessoa, apoiado no trabalho colaborativo. No Brasil, políticas públicas valorizam tanto a formação quanto as práticas profissionais voltadas à atenção primária à saúde (APS), podendo ser considerados exemplos em nível federal, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Entretanto, as normas jurídicas ainda são objetos pouco estudados apesar de sua relevância como expressão do controle formal da sociedade e também por sua capacidade de promover avanços na integração necessária entre a formação e o exercício profissional. Objetivos: Analisar o conteúdo das competências das DCN à luz da APS e identificar pontos de articulação com a PNAB, caracterizar as competências elencadas nos documentos regulatórios da graduação e da prática da saúde na APS por meio da PNAB, caracterizar a inter-relação entre as competências destes diferentes cursos e identificar a interface das DCN com a PNAB. Método: Trata-se de análise documental, a partir da continuidade de pesquisa financiada pela OPAS intitulada “Regulação das Profissões de Saúde no Brasil: mapeamento jurídico e institucional, identificação dos pontos de articulação e desarticulação e formulação de propostas para a harmonização regulatória”, cujo relato segue as recomendações do Standards for Reporting Qualitative Research. A análise foi realizada de duas maneiras: análise de conteúdo temática (adotando o quadro teórico dos atributos da APS como categorias a priori) e análise lexical, com apoio do Software Iramuteq. Os documentos escolhidos foram as DCN dos cursos de medicina, enfermagem e terapia ocupacional e PNAB (versão 2011), sendo selecionados e analisados os trechos que descrevem as competências esperadas do egresso (nas DCN) e as atribuições comuns e específicas dos profissionais na PNAB. Resultados: As duas formas de análise mostram que os documentos normativos abordam o atributo da integralidade de forma expressiva. A frequência dos atributos na PNAB é maior do que nas DCN. Há diferenças conceituais discretas entre os cursos e características distintas de linguagem. Como limitação, é importante pontuar que os resultados dizem de um contexto histórico e político específico, já transformado com a publicação da nova PNAB em 2016. Contudo, entende-se que a dissertação investiga e contribui para o reconhecimento também de aspectos permanentes das políticas públicas e demonstra a convergência, prevista nos documentos, entre os cursos/profissões bem como corrobora para o papel dos marcos normativos como forma de controle social formal.

Conclui-se que há a necessidade da presença de atributos da APS nas competências das DCN e nas atribuições dos profissionais na PNAB, reforçando a necessidade de repensarmos os documentos que regulam a formação e buscarmos a elaboração de novas versões, viabilizando a prática colaborativa na saúde, já que estes atributos permitem a articulação entre as práticas profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Política pública, ensino, controle social formal, competência profissional, educação baseada em competências, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Siqueira RHM. *Analysis of the national curriculum guidelines and the national policy of primary care focusing on the competencies of the health professions in Brazil* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2018.

Introduction: The discussion about the health professional’s formation has been enriched by the convergence between the educational and health systems around the world. The education based on competencies has increased importance as the idea of professional competencies that favor the quality of person-centered care, supported by collaborative work. In Brazil, public policies value as training as professional practices focused on primary health care (APS). The National Curricular Guidelines (DCN) and the Nacional Policy of Primary Care (PNAB) can be considered as examples at the federal level. However, the current legislation is still a matter of studies despite its relevance as an expression of formal control of society and also for their ability to promote progress in the necessary integration between training and professional practice. Objectives: To analyze the content of the competences of the DCN in the light of the APS and to identify points of articulation with the PNAB, to characterize the competences listed in the regulatory documents of the graduation and health practice in the APS through the PNAB, to characterize the interrelation between the different courses and identify the interface of the DCN with the PNAB. Method: This is documentary analysis, based on the continuity of research funded by PAHO entitled “Regulation of Health Professions in Brazil: legal and institutional mapping, identification of points of articulation and disarticulation and formulation of proposals for regulatory harmonization”, whose report follows the recommendations of the Standards for Reporting Qualitative Research. The analysis was carried out in two ways: thematic content analysis (adopting the theoretical framework of APS attributes as a priori categories) and lexical analysis, with the support of Iramuteq Software. The selected documents are from the DCN related to medical, nursing, occupational therapy schools and PNAB (2011 version). These documents describe the expected competencies of the egress (according the DCN) and the common and specific assignments of the professionals in the PNAB. Results: The analysis show the normative documents approaching the attribute of integrality expressively. The frequency of attributes in the PNAB is greater than in the DCN. There are discrete conceptual differences between courses and distinct language characteristics.As a limitation, it is important to point out that the results refer to an specific historical and political context, already changed with the publication of the new PNAB in 2016.Although, it is well knowledge that the master’s thesis investigates and contributes to the recognition about the permanent aspects of public policies and demonstrates the convergence predicted in the documents between the courses / professions as well as corroborates the role of normative milestones as a form of formal social control. It is concluded that there is a need for the presence of APS attributes in the competencies of the DCN and in the attributions of the professionals in the PNAB, reinforcing the need to rethink the documents that regulate the training and seek the elaboration of new versions, enabling the collaborative practice in health, since these attributes allow the articulation between the

professional practices.

KEYWORDS: Public policy; teaching; education; social control formal; professional competence; competency-based education; primary health care.

1. INTRODUÇÃO

Em 1910, o documento intitulado “Relatório Flexner” (Frenk et al., 2010) sobre educação dos profissionais de saúde, considerado marco referencial na formação dos profissionais da área no mundo, demonstrou a existência de cenários complexos diante das iniquidades em saúde (escolaridade, renda, entre outros) em diferentes países. Este documento ainda influencia fortemente os processos de ensino e aprendizagem no Brasil, inviabilizando a reflexão do processo saúde-doença. Consequentemente, esta formação não atinge às expectativas da população e dos profissionais diante das desigualdades sociais, mudanças demográficas e frente ao colocado sobre o conceito de saúde abordado pela Constituição federal, pelo Sistema Único de Saúde e pela Lei nº 8.080[1], no que diz respeito à promoção da saúde, ao seu direito garantido em lei e à saúde entendida não somente como ausência de doenças, mas como bem-estar vivido e sentido pelo indivíduo.

Frente à realidade atual, pode-se dizer que a formação em saúde e a educação profissional não acompanharam mudanças como o aumento da população, a transição demográfica, além do aumento de custo com a assistência, através do incremento da tecnologia na área. Essa formação segue fragmentada quando associada às necessidades de usuários do sistema de saúde e sua comunidade (Frenk et al., 2010).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde (Reunião de Alma Ata), em 1978, impulsionou as reformas na saúde de vários países, com o objetivo de reforçar a Atenção Primária em Saúde (APS), especialmente nos países de baixa e média renda. Neste encontro, a declaração elaborada passou a destacar a importância do agente comunitário de saúde, do trabalho intersetorial, além de iniciar a discussão sobre a inserção do trabalho universitário nos serviços de saúde, expandindo a APS.

Segundo Gonzalez e Almeida (2010), na década de 1950, com o surgimento de departamentos de Medicina Preventiva no mundo, e por influência da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), houve o início de grandes movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, como o da Medicina Comunitária (ressaltando à importância da participação da comunidade) e o da Integração Docente Assistencial – IDA (abordagem epidemiológica e social). Porém, segundo o autor, estes movimentos não atingiram (principalmente na década de 1970) o ensino fora do ambiente hospitalar, ou seja, pautado na realidade da sociedade.

Paralelamente, no Brasil, surgiu o movimento da Reforma Sanitária, amparado pela criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979, culminando nas décadas de 1980 e 90 com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado

1 Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências e Lei 8.142,de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade (conselhos e conferências) na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica nº 8.080 de 1990 e pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe a respeito da participação social através das conferências e conselhos de saúde.

Diante do contexto deste sistema de saúde no Brasil, pensar na formação dos profissionais de saúde no Brasil e no mundo faz-se necessário. Abordando esta temática, no ano de 2010 foi formada uma comissão para analisar a educação de profissionais da saúde para o século XXI (Frenk et al., 2010).

Esta comissão identificou que três gerações de reformas educacionais marcaram a formação em saúde no período entre os anos 1900 a 2000. A primeira geração é centrada na ciência, em outras palavras, baseada no currículo e na universidade; já a segunda busca o enfrentamento dos problemas e a proposição de inovações; e, por último, a terceira geração baseia-se nos sistemas de saúde, é orientada para as competências local e global, e pautada institucionalmente nos sistemas para a educação em saúde.

Diante desta constatação, a comissão fez as seguintes recomendações para a formação em saúde (FRENK et al., 2010):

- Necessidade de desenvolver uma linguagem comum e competências nucleares;
- Integrar competências nucleares nos processos de supervisão;
- Motivar e apoiar líderes e monitorar os esforços para progredir nas reformas;
- Desenvolver um currículo baseado em evidências e em iniciativas de formação;
- Desenvolver um corpo docente e reformas institucionais (novo profissionalismo que utiliza as competências como objetivo e critério para classificar os profissionais de saúde e desenvolver valores comuns);
- Transformação no aprendizado;
- Interdependência com a educação.

No Brasil, a formação dos profissionais de saúde também é abordada por Ceccim e Feuerwerker (2004), quando propõe uma real integração ensino-serviço (interdependência dos sistemas de educação e de saúde). Cita também que “a atualização técnico-científica” é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas, e não seu foco central, e que a formação deve englobar aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS.

Este aspecto pode ser corroborado por Schraiber (2012), que observa uma grande dificuldade em atingir qualidade na assistência devido a uma prática voltada exclusivamente para a “redução biomédica do corpo” (indicadores de qualidade baseiam-se na “linguagem das doenças”). A não apropriação das necessidades de saúde do usuário e sua coletividade,

além da “falta de politização” por parte dos graduandos nestes contextos de aprendizagem também contribuem para a falta de qualidade da assistência nos serviços.

Portanto, faz-se necessário compreender o processo político e pedagógico da formação na graduação dos profissionais da saúde, na tentativa de contribuir para uma melhor qualidade no SUS e, por consequência, para a qualidade do serviço prestado na APS.

A APS deve ser a porta de entrada no SUS e seus atributos essenciais – acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação –, bem como os atributos derivados do SUS (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) devem direcionar a formação e a atuação profissional dos trabalhadores envolvidos.

Para repensarmos a atuação na APS, propomos nesta pesquisa realizar as análises de conteúdo dos documentos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que apresentam os princípios para orientar os processos de ensino-aprendizagem dos trabalhadores no SUS, e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Sistema de saúde é “a combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento que culmina na prestação de serviços de saúde à população” (Scheffer; Aith, 2015). No Brasil, o SUS, como sistema nacional de saúde, tem muitos desafios, principalmente em relação ao financiamento e aos recursos públicos. Os autores acreditam que a elaboração de políticas públicas que fortaleçam a participação social é a maneira mais democrática pela qual a melhora da qualidade deste sistema deve ser viabilizada.

Para a elaboração destas políticas e para pensar em sistema de saúde, primeiramente devemos refletir sobre o que é saúde e seu conceito ampliado (Quadro 1) e sobre a necessidade de apropriação de outros saberes além do biológico (como o social, o ambiental, o conhecimento das leis), já que a “imprecisão conceitual” é expressa entre os profissionais da saúde, usuários, comunidade e outros grupos sociais. Essa imprecisão contribui para a insatisfação diante da assistência e para a qualidade do serviço, tendo como consequência, por exemplo, o aumento da judicialização da saúde no País (Aith, 2015).

Quadro 1. Conceitos de Saúde adotados/estruturantes para a regulação do Sistema de Saúde Brasileiro.

Organização Mundial da Saúde (OMS)	Constituição Federal	Lei 8.080/90
"um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades".	Art. 196º: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".	Art. 2º: "A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício".

Fonte: Organizado pelo autor.

Com base nesta reflexão, podemos dizer que a saúde é um direito no qual o Estado deve prover as condições para que a mesma seja exercida e sentida pelo usuário e pela comunidade.

O SUS foi regulamentado pela Constituição Federal de 1988, e a Lei 8.080/90 em seu art. 7º cita seus princípios – universalidade de acesso, integralidade da assistência, utilização da epidemiologia para esclarecimento das prioridades, integração das ações de saúde e capacidade de resolução em todos os níveis de assistência – que devem estruturar e nortear as políticas de saúde no país. No art. 5° aparecem seus objetivos: a identificação e divulgação dos condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de políticas de saúde e assistência através de ações de promoção, recuperação e proteção da saúde, e através de ações integradas e preventivas. A integração de ações assistenciais é descrita como um dos objetivos do SUS e, entre os 11 campos de atuação elencados, está incluída a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde.

Em 2011, o Decreto nº 7.508 regulamentou a Lei nº 8.080 (BRASIL, 2011) para dispor sobre a organização do SUS, o seu planejamento, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. A partir deste decreto, o SUS passa a ser organizado por regiões de saúde, que são constituídas por ações e serviços como a APS, a urgência e emergência, a atenção psicossocial e ambulatorial especializada e hospitalar e a vigilância em saúde. O texto evidencia que as "portas de entrada" das ações são: a APS, a urgência e emergência, a atenção psicossocial, e especiais de acesso aberto; a fim de garantir ao usuário o "acesso universal igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde" (BRASIL, 2011).

A Portaria n° 648 de 28 de março de 2006, do governo federal transforma a Estratégia Saúde da Família (ESF) em uma abordagem de abrangência nacional que passa a ser "considerada primordial para a organização e o fortalecimento da atenção básica": "através do acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma

área geográfica delimitada, são desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes" (Pense SUS – FIOCRUZ, [s.d.]).

O objetivo da Estratégia da Saúde da Família (ESF) é prestar assistência integral e organizar o fluxo de encaminhamento para os outros níveis do sistema de saúde quando necessário. A seguir, elenca-se o repertório normativo da PNAB.

1.2 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Para a garantia do direito à saúde, a normatização de políticas públicas deve ser concretizada por meio de leis, decretos, resoluções e portarias, tal como discutido até aqui a respeito do SUS. É através de políticas públicas que este direito à saúde pode e deve ser garantido.

Na Constituição Federal de 1988, no artigo 196, consta a frase "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Este direito fundamental a saúde deve ser efetivado através de políticas públicas que regulamentam o SUS.

A primeira versão da PNAB foi aprovada através da Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, "estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)" (BRASIL, 2006).

Este documento possui um anexo que contém três capítulos que abordam a atenção básica, e que adota como modelo de reorganização da atenção básica a ESF, as especificidades deste modelo e o financiamento da atenção básica. As responsabilidades de cada esfera do governo, além das atribuições dos profissionais, da educação permanente, da implantação, entre outras coisas, também são contempladas no texto.

Para o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família na ESF), esse documento orienta que a mesma deve ser composta por "no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal" (DAB, [s.d.]).

Em 24 de janeiro de 2008, pela Portaria n° 154, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo "de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade".

Os profissionais do NASF "devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado

aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários" (BRASIL, 2011).

O anexo I desta portaria afirma que "As equipes de NASF podem ser constituídas pelos seguintes profissionais, de acordo com Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitarista (graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva, ou graduado diretamente em uma dessas áreas)" (BRASIL, 2011).

Os profissionais que compõem as equipes de NASF atuam na Estratégia Saúde da Família na atenção básica e também podem atuar com populações específicas, como, por exemplo, as populações ribeirinhas e do consultório na rua, sempre em ações intersetoriais no território e com foco na prevenção e promoção à saúde.

Pela Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação dos NASF, estas equipes multiprofissionais passaram a ter três modalidades de "conformação", definidas de acordo com o número de equipes vinculadas (ESF ou AB) e a somatória das cargas horárias dos profissionais envolvidos.

Em 2011, através da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.488 de 21 de outubro, foi aprovada uma nova versão da PNAB, "estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)" (BRASIL, 2011). Os princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social são citados no documento.

A PNAB articula a APS com o SUS por meio das ações de Promoção da Saúde, dando a devida importância às ações intersetoriais, como o Programa Saúde na Escola e a Academia da Saúde. Há responsabilidades em todas as esferas de governo quando se trata da PNAB, como "desenvolver mecanismos técnicos e estratégicos organizacionais de qualificação da força de trabalho para a gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes [...]" associadas ao "[...] desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados ao usuário." (BRASIL, 2011, p. 27). A Educação Permanente das Equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2011, item 4.1, p.38) deve estar presente na prática como "estratégia de gestão".

Com base na portaria já citada, a Equipe de Atenção Básica é constituída por profissional médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar (ASB) ou técnico (TSB) em saúde bucal, auxiliar ou técnico de enfermagem e as unidades de saúde com Estratégia de Saúde da Família contam com o agente comunitário de Saúde (ACS), com suas especificidades e atribuições.

Em 2017, foi proposta uma consulta pública para a elaboração de uma nova versão da PNAB. Em agosto deste mesmo ano, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em parecer contra esta revisão, manifestou-se a favor da manutenção da PNAB de 2011, "até a conclusão de discussão democrática e aprofundada por gestores, usuários, profissionais, representantes da sociedade civil organizada e todos os interessados no pleno desenvolvimento e aperfeiçoamento dos SUS, e não 'a toque de caixa' nesse momento de severa restrição de financiamento das políticas públicas, de grande fragilidade institucional e de continuadas ameaças ao SUS universal, integral, democrático e de qualidade" (REIS, 2017).

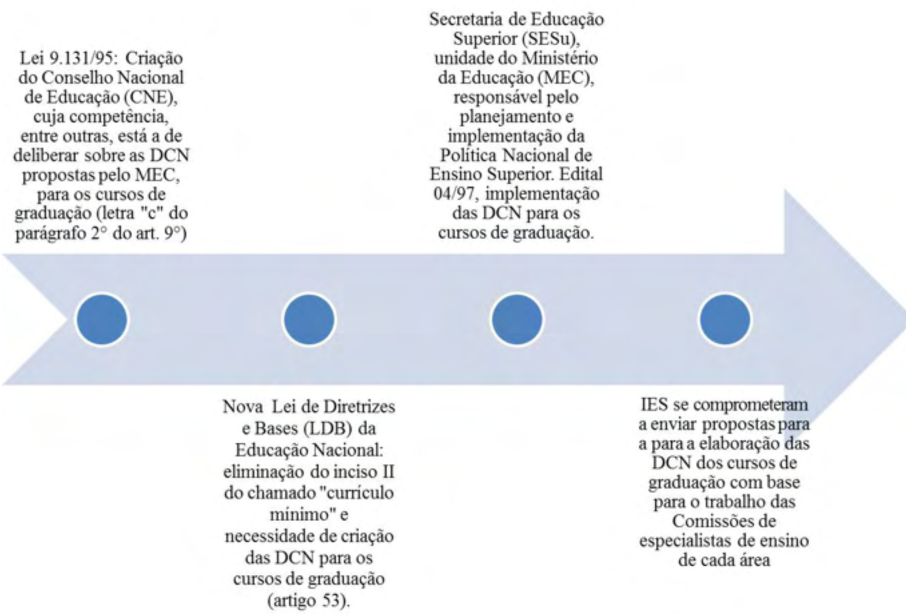
Diante do exposto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) selecionada para esta pesquisa é a versão publicada em 2011, pois a nova versão lançada em 2017 ainda é recente e tem sido foco de controvérsias.

1.3 As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)

Historicamente, o processo de construção e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais ocorreu no ano de 1997, com a discussão dos currículos mínimos dos cursos de graduação no Brasil.

Podemos ilustrar o "percurso" de construção por meio da linha histórica representada na Figura 1.

Figura 1. Representação gráfica da linha histórica da construção das DCN



Fonte: Organizado pelo autor.

Diante da necessidade de avanços para a consolidação do SUS, associada à instituição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) em audiência pública convocada pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), as DCN da área da saúde foram apresentadas e posteriormente aprovadas por suas respectivas portarias: a primeira resolução com diretrizes para a área da saúde foi em agosto de 2001, e, até 2004, estavam aprovadas as diretrizes curriculares para os 14 cursos da área da saúde (MEC, [s.d]).

A versão final das Diretrizes Curriculares Nacionais é resultado de propostas articuladas dos Conselhos Nacionais de Saúde (CNS) e de Educação (CNE), a partir de regras jurídicas de referência[2], bem como de documentos elaborados pela OPAS e pela OMS.

Como princípios, as DCN elencam pontos como: "definir cargas horárias na graduação, encorajar aquisição de conhecimentos e habilidades fora do ambiente escolar", entre outras, além de reforçar a articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação de egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção,

2 Constituição Federal de 1988; Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde Nº 8.080 de 19/9/1990; Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) Nº 9.394 de 20/12/1996; Lei que aprova o Plano Nacional de Educação Nº 10.172 de 9/1/2001; Parecer CES/CNE 776/97 de 3/12/1997; Edital da SESu/MEC Nº 4/97 de 10/12/1997; Parecer CES/CNE 583/2001 de 4/4/2001; Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998; Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000; Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999.

recuperação e reabilitação da saúde, e “indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação” (MEC, [s.d.]).

Para tal, esta articulação deve ser pautada no conceito de saúde e nos princípios e diretrizes do SUS.

O Parecer nº 583/2001 do Conselho de Educação Superior, que aborda as orientações para as DCN dos cursos de graduação, ressalta que estes documentos devem contemplar (BRASIL, 2001):

- Perfil do formando/egresso/profissional – conforme o curso, o projeto pedagógico deverá orientar o currículo para um perfil profissional desejado;
- Competências/habilidades/atitudes;
- Habilitações e ênfases;
- Conteúdos curriculares;
- Organização do curso;
- Estágios e Atividades Complementares;
- Acompanhamento e Avaliação.

Este parecer, além de reforçar a articulação entre a Educação Superior e a Saúde, valoriza o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do SUS como elementos essenciais desta articulação.

Importante ressaltar que as DCN apontam a **competência** como um dos elementos necessários para a formação, ou seja, como um aspecto essencial à formação do aluno na universidade, de forma a delinear o perfil do egresso alinhado aos princípios do SUS. Indicam também as competências gerais para o perfil de formação baseado em referenciais nacionais e internacionais de qualidade.

As competências, dentro deste documento, também estão associadas a habilidades (competências e habilidades específicas) e competências gerais. As competências gerais possuem um formato comum em nove das catorze DCN para as profissões de saúde, e são compostas por: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente; já as competências e habilidades específicas são próprias para cada profissão de saúde.

Nos documentos das respectivas DCN dos cursos de graduação, as competências (tanto gerais quanto específicas) são consideradas como alguns dos seis aspectos fundamentais. Sendo assim, faz-se necessário aprofundarmo-nos um pouco mais sobre o conceito de competência.

1.4 Competências profissionais

Em relatório elaborado pela Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI (Delors et al., 1997), propõe que as competências necessárias para a formação profissional estejam centradas em quatro aprendizagens fundamentais, que em algum momento da vida serão pilares do conhecimento para cada indivíduo: aprender a conhecer (adquirir os instrumentos da compreensão), aprender a fazer (para poder agir sobre o meio), aprender a viver junto (a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas) e aprender a ser (desenvolvimento total da pessoa e seu espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade), sendo que esta última aprendizagem considerada essencial pelos autores deste relatório, e integra as três anteriores (Delors et al., 1997, p99).

Para sistemas de educação que privilegiam o acesso ao conhecimento, subestimando outras formas de aprendizagem, seria importante formular novos processos de ensino-aprendizagem, elaborar novos programas e políticas de educação baseados em uma formação que viabilize a aquisição de novas competências, e que torne a pessoa apta a enfrentar os desafios em sua prática profissional.

Portanto, neste momento em que novos documentos (DCN) estão sendo elaborados, defendo a necessidade de repensarmos a formação dos profissionais de saúde na graduação no Brasil, pensando na qualidade da formação para atender as necessidades de um sistema de saúde que deve ser reorganizado a partir da APS.

Dentre exemplos de inovação nesta perspectiva da formação, podemos citar a experiência de Cotta et al. (2013), em que a aprendizagem na graduação em saúde pode ser conduzida de modo que o estudante participe de maneira ativa de seu processo de aprendizagem, utilizando como didática a ferramenta de elaboração de portfólios coletivos.

A respeito da educação de profissionais da saúde, Frenk et al. (2010) propõem o modelo de educação baseado na competência, ou seja, na mudança dos sistemas de formação, como meio de atingir o processo de formação de profissionais de saúde: uma aprendizagem/educação baseada em equipes, na qual os estudantes em diversos momentos de sua vida acadêmica têm a possibilidade de explorar uma série de atividades e métodos de aprendizagem, como, por exemplo, a convivência com outros estudantes de graduação de outros cursos da área da saúde, de modo que isso transforme os processos de trabalho nos sistemas de saúde (educação interprofissional).

Para tal, os autores adotam o conceito de competência de Epstein e Hundert[3] (apud Frenk et al., 2010), que é definido como "o uso habitual e criterioso de comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão na

---

3 Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002;287:226-235 apud Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010;376:1923-1958.

prática diária para o benefício do indivíduo e da comunidade a ser servido" (Frenk et al., 2010, p. 1943).

A educação interprofissional na saúde baseada no modelo de competência é abordada por Barr (1988), que afirma que profissões distintas aprendem a apreciar as qualidades que as diferem entre si, o que leva a uma melhor comunicação entre elas, e também a uma melhor resposta às necessidades dos pacientes. O autor cita cursos que introduziram métodos comparativos de aprendizagem, em que os estudantes podem explorar semelhanças e diferenças em suas respectivas profissões.

Barr (1988) afirma também que a convivência com outros profissionais e as experiências vividas neste convívio podem resultar em melhor entendimento de papéis e fortalecer as relações. Como exemplo deste modelo de formação baseado na educação interprofissional, podemos citar o projeto político pedagógico da Universidade Federal de São Paulo, Campus da Baixada Santista (UNIFESP, 2015), citado em relatório publicado pelo autor.

Para melhores resultados nas relações de trabalho, o autor sugere identificar e classificar as competências como (Barr, 1998): competências comuns (entre todas as profissões de saúde), competências complementares (as que distinguem uma profissão da outra, porém as complementam) e competências colaborativas.

A apropriação do conceito de competência colaborativa (CIHC, 2010) auxilia o profissional a colaborar com outros profissionais, com não profissionais, com organizações, entre organizações, com pacientes e seus cuidadores, com voluntários e grupos da comunidade.

As competências colaborativas podem ser definidas como: "habilidades/ capacidades para descrever os papéis e responsabilidades de outras profissões, reconhecer e respeitar as limitações de seus próprios papéis, responsabilidades e competências, além de reconhecer e respeitar os de outras profissões; saber quando e onde envolver outros atores; resolver conflitos na assistência e cuidado ao paciente; tolerar as diferenças e ambiguidades de outro profissional/profissão e facilitar o trabalho em rede e em equipe" (BARR, 1998).

2. JUSTIFICATIVA

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) norteiam a elaboração dos projetos políticos pedagógicos das instituições de ensino superior.

As competências necessárias para a formação de um profissional, que irá desenvolver suas atividades em um sistema de saúde, devem ser muito bem compreendidas e elaboradas, a fim de buscar uma prática profissional que atenda às expectativas dos usuários, dos gestores e que também contribua para um trabalho profissional, através de uma prática prazerosa e efetiva e que, consequentemente, contribua para a melhora da qualidade da assistência.

De modo particular, este estudo espera contribuir com a qualidade do ensino na graduação dos profissionais de saúde que irão atuar no SUS, com a qualidade da assistência ao usuário em todos os níveis de atenção, em especial na APS.

Com uma graduação pautada no conhecimento da rede de atenção à saúde, formando profissionais com uma melhor compreensão do seu papel como parte desta rede e estes compreendendo que a atenção básica é a porta de entrada do usuário neste sistema, poderemos direcionar a assistência à saúde de modo efetivo.

Para que este cenário prevaleça, há a necessidade de repensarmos a elaboração das DCN para os cursos de graduação em saúde, e o momento é propício, pois, em 2014, uma nova DCN para o curso de medicina foi aprovada (BRASIL, 2014), o que levou as outras profissões da área da saúde ao mesmo movimento e organizarem a elaboração de um novo documento para suas respectivas profissões convocando a participação de vários atores.

Com a APS em discussão neste momento no Brasil, e com políticas vigentes, (como a Política Nacional de Promoção da Saúde e Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, entre outras), sobretudo com uma política voltada exclusivamente para a atenção básica no País, como a Política Nacional de Atenção Básica, torna-se necessária à compreensão e discussão para a formação dos profissionais de saúde que atuarão na APS. Os documentos regulatórios analisados nesta pesquisa devem contribuir para uma regulação estatal forte.

No contexto apresentado até aqui, ressalta-se a importância do arcabouço normativo federal relacionado tanto a graduação dos profissionais de saúde quanto a organização da Atenção Básica no Brasil como peça chave para o fortalecimento do SUS. Dito de outra forma, defende-se aqui que as resoluções (DCN e PNAB) sejam fontes de informação e ao mesmo tempo de ação, sobretudo para gestores e tomadores de decisão no âmbito da formação e das práticas profissionais.

Ancorados pela literatura sobre a qualidade (e efetividade) do cuidado oferecido por sistemas de saúde, entende-se ainda que o olhar voltado as competências ou atribuições

profissionais seja uma forma de contribuir para o alinhamento (harmonização) entre a formação e as práticas profissionais, em especial na Atenção Básica.

Parte-se ainda da premissa que a definição clara das competências necessárias, reforçada em diferentes documentos, apoia uma prática profissional que atenda às expectativas dos usuários, dos gestores e que também contribua para um trabalho profissional com uma prática profissional prazerosa, efetiva e consequentemente com a melhora da qualidade da atenção à saúde oferecida.

Entretanto, são raras as publicações nacionais sobre a contribuição dos documentos jurídicos na temática das competências. Neste sentido, foram perguntas norteadoras para esta dissertação:

- Como os conceitos estruturantes da atenção primária - atributos - aparecem nas na competências-atribuições profissionais descritas em documentos normativos federais? Quais as similaridades e as particularidades na linguagem?

- Como tais similaridades e particularidades promovem ou dificultam a interação entre diferentes profissionais da saúde?

Cabe ressaltar que o processo formativo deve ser amplo, incluindo, mas extrapolando, a preparação para o mercado. De modo particular, este estudo espera compreender os marcos normativos relacionados ao ensino na graduação dos profissionais de saúde e na Atenção Básica, bem como contribuir para o processo ensino-aprendizagem em saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar o conteúdo das competências das DCN à luz da Atenção Primária a Saúde e identificar pontos de articulação com a PNAB.

3.2 Específicos

- Caracterizar as competências elencadas em documentos regulatórios da graduação (DCN dos cursos de medicina, enfermagem e terapia ocupacional) e da prática de profissionais da saúde na APS (PNAB);
- Caracterizar a inter-relação entre as competências destes diferentes cursos;
- Identificar as interfaces dentre as DCN e a PNAB.SS

4. PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

Este estudo utilizou a abordagem qualitativa como metodologia científica, com base no referencial teórico de Bardin (2016) para a análise documental e análise de conteúdo, tendo como objetos de estudo documentos classificados como controles formais da sociedade, no caso desta pesquisa, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de medicina, enfermagem e terapia ocupacional, e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), versão 2011.

Em consulta ao DeCS pelos termos "política pública" e "diretrizes curriculares nacionais", foi encontrado o descritor "controle social formal". O termo "controles formais da sociedade" é considerado sinônimo deste descritor.

A definição pelo idioma português deste termo é "controle exercido pelas organizações mais estáveis da sociedade como, por exemplo, instituições estabelecidas e a lei. De maneira geral estão incorporados em códigos definidos, frequentemente, na forma escrita e "como regulamentos: atos administrativos explicativos ou supletivos que têm por função especificar os mandamentos da lei ou prover situações ainda não disciplinadas por lei".

Os termos "conferências de saúde" e "política pública" (também considerados descritores em saúde) aparecem nesta mesma consulta e são classificados como "termos relacionados" ao descritor "controle social formal".

O histórico da pesquisadora principal já foi descrito na apresentação. Neste momento do texto cabe discutir as características da pesquisadora, que podem influenciar nos resultados da pesquisa.

A experiência adquirida nos diversos níveis de atenção, a passagem pela área da saúde coletiva ao final de carreira pública (como profissional no campo e como gestora), além de experiências na construção de políticas públicas para município na grande São Paulo, levaram a pesquisadora a pressupor que a não apropriação do conhecimento na área da APS, tornavam a prática profissional na APS desconectada com a realidade e demandas dos usuários, interferindo no seu ambiente de trabalho, no trabalho em equipe e com o usuário, levando a ausência de um olhar ampliado para as necessidades de saúde do território de atuação, caracterizando a prática deste profissional como isolada do contexto e focada em competências específicas.

A comunicação através do vínculo com o usuário e com a equipe levaram esta pesquisadora ao desejo de compreender qual o caminho percorrido e que viabilizou a mudança (real e vivida na prática) de sua atuação profissional, quando atuava no nível secundário da rede de atenção à saúde. O olhar ampliado, diante das necessidades de saúde dos usuários e a percepção da necessidade do trabalho interdisciplinar, tornou-se presentes e, anos mais tarde, na atenção básica, estavam incorporados na prática

profissional.

Neste período de realização desta pesquisa (setembro de 2016 a novembro de 2018), o País passou por diversas mudanças em contextos políticos: impeachment de presidente, PEC 241 (para teto de gastos públicos refletindo nos recursos para a educação e a saúde por 20 anos a partir de 2018), tentativas de reformas trabalhistas e previdenciárias, eleição de novo presidente, enfim, um cenário político que interfere diretamente no contexto de vida da população, principalmente nas questões da saúde e da educação.

Em outubro de 2018, foi realizada a Conferência Global sobre Atenção Primária de Saúde, em Astana, no Cazaquistão. Apesar da Declaração de Alma Ata ter estabelecido "uma base para os cuidados primários de saúde, o progresso nas últimas quatro décadas tem sido desigual. Pelo menos metade da população mundial não tem acesso a serviços essenciais de saúde – incluindo cuidados para doenças não transmissíveis e transmissíveis, saúde materno-infantil, saúde mental e saúde sexual e reprodutiva", a OMS adota a Declaração de Astana neste momento que "compromete-se em quatro áreas-chave: fazer escolhas políticas ousadas para a saúde em todos os setores; construir cuidados de saúde primários sustentáveis; capacitar indivíduos e comunidades; e alinhar o apoio das partes interessadas às políticas, estratégias e planos nacionais" (OPAS-OMS, 2018).

Neste mesmo momento, o SUS comemorou 30 anos como sistema de saúde vigente no país. Em relatório intitulado "30 anos de SUS-Que SUS para 2030?", a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) conclui sobre "importância da expansão e consolidação de uma atenção primária de saúde forte (APS Forte), que ordene as redes de atenção e as integre aos sistemas de vigilância em saúde" (OPAS-OMS, 2018b).

Em um momento histórico e político no qual o SUS está em discussão e a APS em evidência mundialmente, surge à necessidade de analisar, discutir e propor novas possibilidades para a formação na graduação, por meio de pesquisas que contribuam para a elaboração de documentos que façam a concordância com políticas nacionais, como é o caso da PNAB e das DCN, objetos desta pesquisa.

Para esta pesquisa, foram realizadas as leituras da PNAB 2011 e das DCN dos cursos de medicina, enfermagem e terapia ocupacional (Quadro 2). Estes documentos foram selecionados em razão dos profissionais médicos e enfermeiros comporem a equipe mínima de atenção básica. O curso de terapia ocupacional foi selecionado em função da formação desta pesquisadora, além de representar uma profissão que pode compor uma equipe NASF.

Quadro 2. Características das DCN selecionadas para a análise documental das competências profissionais.

Curso / Área de conhecimento	Ano de publicação	Nº de páginas	Nº de competências gerais (a) e competências e habilidades específicas (b)
Enfermagem	2001	6	(a) 06; (b) 33
Medicina	2014	14	Além de conceituar competência no próprio texto do documento, aborda a questão em capítulo específico (Capítulo II das DCN para o curso de graduação em medicina, com o título "das Áreas de Competência da Prática Médica), constituído de seções, subseções e artigos.
Terapia Ocupacional	2002	5	(a) 06; (b) 34

Fonte: Organizado pelo autor.

Portanto, os documentos das DCN foram coletados no site do Ministério da Educação[1] e para a PNAB 2012, no site do Departamento de Atenção Básica[2].

A presente pesquisa deriva de pesquisa intitulada "Regulação das Profissões de Saúde no Brasil: Mapeamento Jurídico e Institucional, Identificação de seus Pontos de Articulação e Desarticulação e Formulação de Propostas para a sua Harmonização", que teve como coordenadores os professores Fernando Aith e Sueli Dallari e na coordenação de eixos do Projeto, Ana Claudia Germani e Rachelle Balbinot. O projeto foi financiado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) entre 19 de maio de 2015 até 17 de junho de 2016 e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa através do parecer 1.057.955 de 11 de maio de 2015.

Em muitos momentos na trajetória desta dissertação, buscou-se manter o exercício e o cuidado para que a "lente" de profissional não tivesse influência sobre o olhar de pesquisadora nos espaços de orientação da pesquisa, principalmente no momento da análise documental, já que este comportamento poderia influenciar os resultados. Buscando o rigor necessário, foi aplicado neste trabalho o instrumento *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR), composto por itens que "melhoram a transparência de todos os aspectos da pesquisa qualitativa" (O'Brien et al., 2014). Este instrumento colaborou para a construção deste texto (vide Tabela 8, ANEXO), auxiliando na descrição dos resultados e na transparência do percurso metodológico.

1 http://portal.mec.gov.br/conselho-nacional-de-educacao/apresentacao

2 http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab

4.1 Método De Coleta De Dados

Segundo Pimentel (2001) a "análise de documentos pode se caracterizar como instrumento complementar ou ser o principal meio de concretização do estudo", como é o caso desta pesquisa, que analisa as DCN dos cursos de medicina, enfermagem e terapia ocupacional e a PNAB 2011.

Os métodos utilizados para esta análise foram a análise documental e a análise de conteúdo, esta última orientada pelos conceitos estruturantes da APS propostos por Starfield (2002) e pelo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008) para os cuidados de saúde primários.

Bardin (2016, p. 52) conceitua análise documental como "uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estado anterior, a sua consulta e referenciação."

O objetivo desta "operação" é "a representação condensada da informação, para consulta e armazenamento". Com o propósito de organizar este material, as informações coletadas destes documentos foram sistematizadas em quadros e tabelas e armazenados em pastas específicas para cada curso da DCN e para a PNAB.

Com base nas informações coletadas e organizadas dos documentos das DCN dos cursos de medicina, enfermagem e terapia ocupacional e da PNAB 2011, foi possível a seleção das unidades a serem analisadas (recorte) em todos os documentos: nas DCN foram as competências (gerais e específicas) dos cursos de medicina, enfermagem e terapia ocupacional. Na PNAB 2011, foram selecionadas as "atribuições comuns dos membros das equipes da atenção básica", atribuições específicas das profissões de médico e enfermeiro e "núcleos de apoio a saúde da família", todos constantes no ANEXO deste documento.

Com todos os trechos dos documentos a serem analisados já organizados, iniciou-se a análise de conteúdo.

Didaticamente, Bardin (2016) organiza a análise de conteúdo em três polos cronológicos:

I) Pré-análise:

Os documentos escolhidos *a priori* (DCN medicina, enfermagem e terapia ocupacional e a versão 2011 da PNAB) e seus conteúdos foram sistematizados em tabelas (vide Anexo). Nas DCN, as informações organizadas nestes quadros são as competências (gerais e específicas) elencadas em quadros específicos para cada documento analisado. Na PNAB são elencadas as "atribuições" (comuns, NASF, enfermeiro e médico) dos profissionais, descrevendo o que compete a cada profissional em sua atuação.

Todo este conteúdo foi "separado" de acordo com a mensagem que "emergia" durante a leitura, resultando em unidades de análise, que estão demonstradas nas tabelas referidas anteriormente.

Para a análise de conteúdo foram definidas categorias *a priori*, voltadas especificamente para a APS a partir dos atributos essenciais (**acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação**) da APS fundamentados no referencial teórico de Starfield (2002).

Segundo Starfield (2002, p. 19)

> todo sistema de serviço em saúde possui duas metas principais: a primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo de doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

No âmbito da APS estas questões são acompanhadas através do olhar profissional para as questões do ambiente social e físico, dos comportamentos, e da atenção à saúde ofertada a comunidade, condições estas que podem interferir na questão biológica e consequentemente na qualidade de vida das pessoas (Starfield, 2002).

Os cuidados de saúde devem ser ordenados em espaços na comunidade, bem como as questões de referência e contra referência (quando necessárias). Os recursos para estas ações que ofertam o cuidado devem ser discutidos através da equipe profissional, a participação social, e da auto responsabilidade de todos os envolvidos (Starfield, 2002).

A classificação dos documentos analisados como “controles formais da sociedade” vai ao encontro com o preconizado pela autora, quando há a citação da necessidade da participação social para que haja efetividade na atenção primária.

Portanto, a APS (como ordenadora do cuidado) deve ser a porta de entrada no sistema de saúde para todas as necessidades e questões de saúde sobre determinada pessoa, acompanhada no decorrer do tempo pelo serviço de saúde, em seu território e sua comunidade, como citado no conceito de APS pela Organização Mundial da Saúde (1978), segundo Starfield (2002):

> Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade como sistema nacional de saúde, levando a atenção a saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

Para contextualização e elaboração de sistemas de saúde e sua organização a partir deste conceito da APS, a Organização Mundial da Saúde (OMS), através da Carta de Lubliana (1996) (OMS, 2008), nos apresenta princípios para construir a base da atenção primária nos serviços de saúde, que devem:

- Ser dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- Direcionados para a proteção e promoção da saúde;
- Centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
- Focados na qualidade, incluindo a relação custo efetividade;
- Baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e
- Direcionados para a atenção primária.

Citados anteriormente, os atributos essenciais na APS (categorias *a priori* neste estudo) devem ser compreendidos como conceitos importantes e essenciais, que devem estar presentes sempre na elaboração de sistemas de saúde e em sua organização. Para melhor compreensão, foi realizada uma breve descrição dos atributos da APS (categorias *a priori*) baseados nos conceitos preconizados por Starfield (2002):

- **Acessibilidade**: é a chamada "porta" referenciando a atenção primária como primeiro contato do usuário a um serviço de saúde, acesso este responsável pela redução de mortalidade e morbidade, através de profissionais com habilidades e especializados para este tipo de assistência. Deve garantir ao usuário a possibilidade de ter cuidados em saúde sempre que necessitar, do modo mais fácil e possível.
- **Longitudinalidade:** "lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos". No contexto da atenção primária "é uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde". Evidências na literatura demonstram que os benefícios (por exemplo, custos mais baixos, diagnóstico mais preciso) da longitudinalidade são maiores quando a pessoa faz a identificação com um profissional do que com o local onde o serviço é prestado, fato este consequência de um conhecimento da pessoa obtido ao longo do tempo, suas necessidades de saúde, sua cultura, crenças, etc. Importante distinguir neste momento os conceitos de longitudinalidade e continuidade, já que são imprescindíveis para que a coordenação do cuidado seja efetiva: a "longitudinalidade" é a presença e o uso de uma fonte habitual de atenção

no decorrer do tempo e a continuidade é a sequência de consultas nas quais há um mecanismo de transferência das informações. A presença deste atributo pode garantir melhores diagnósticos e, consequentemente, encaminhamentos desnecessários para a especialidade. A formação dos profissionais deve estar envolvida no território, no reconhecimento das necessidades de saúde de populações destes territórios, visando a compreensão das diferenças sociais e culturais existentes entre os profissionais e a população.

• Em 2004, para melhorar esta situação enfrentada pelos profissionais e pela população, o MS lançou o Programa Nacional de Humanização (PNH), visando melhora do processo de trabalho através do acolhimento como ferramenta para garantir este processo, a partir dos princípios do SUS. Giovanella et al. (2009) refere que este programa preconiza a escuta, a comunicação e o vínculo devem ser colocados em prática para atingir a compreensão de necessidades de saúde de cada usuário e da população.

• **Integralidade:** "disponibilidade e prestação de serviços para atender a todas as necessidades da população, exceto as incomuns". Este atributo é um dos pilares na construção do SUS e pela CF em 1988, sendo constituído pelas ações de promoção e prevenção, pelos três níveis de assistência à saúde (que devem estar articulados de forma hierarquizada e descentralizada através da referência e contra referência), pela articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação e pela abordagem integral do indivíduo e das família, baseado nas necessidades de cada sujeito e no cuidado centrado no usuário. Portanto, há a necessidade de aprender, por parte dos profissionais de saúde, conceitos de vínculo, acolhimento e autonomia dos usuários (Starfield, 2002).

• **Coordenação**: "estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum". A coordenação passa pela necessidade de informações estarem acessíveis a outros profissionais, em sistemas de rede e/ou através de anotações/evolução/descrição de consultas. Starfield (2002) considera que os desafios da coordenação do cuidado se dividem em três partes: (1) dentro do estabelecimento da atenção primária, (2) com outros especialistas (chamados para aconselhar em determinada situação) e (3) com outros especialistas (que tratam de um paciente específico por um período de tempo devido a uma condição específica). Portanto, pode-se descrever a coordenação como "integração de todos os serviços relacionados à saúde, onde quer que tenham sido recebidos". Ou seja, os serviços e ações em saúde devem estar articulados em torno de um objetivo comum: as necessidades de saúde do

usuário. Para garantir este processo, o MS, em 2010, através da Portaria nº 4.279 estabeleceu as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde, para garantir ao usuário ações efetivas, integradas e contínuas (Giovanella et al., 2009).

4.2 Exploração Do Material

Concluída a organização das informações coletadas e armazenadas, foi realizada uma nova leitura aplicando a regra da exaustividade (Bardin, 2016, p. 126) das unidades de análise presentes em cada DCN dos cursos analisados e em cada trecho da PNAB contendo as atribuições (comuns, NASF, enfermeiro e médico).

Para cada unidade de análise isolada do seu texto (competência e atribuições) procurou-se a correspondência com cada uma das categorias *a priori*: **acessibilidade, coordenação, longitudinalidade e integralidade** (atributos essenciais da APS), concluindo a chamada "codificação" (Bardin, 2016, p. 133). Depois de realizada a correspondência das categorias com as unidades de análise, o critério da exclusividade (Bardin, 2016) foi aplicado, garantindo que cada unidade de análise possua correspondência com apenas uma categoria.

Neste momento da pesquisa, para garantir a fidedignidade da análise, surgiu à necessidade de aprofundar a compreensão a respeito dos atributos da **integralidade** (conceito também presente nos princípios do SUS) e da **longitudinalidade**. O primeiro por representar o atributo que caracteriza a atuação profissional na APS, e o segundo por ser um termo exclusivo da mesma, utilizado para "avaliar a qualidade da assistência em instrumentos de avaliação", segundo Starfield (2002).

Segundo Kalichman e Ayres (2016) a **integralidade** "nos desafia a saber e fazer o "quê" e "como" e pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um".

Para uma melhor compreensão, o autor adota uma definição de integralidade que "a remete a quatro eixos estreitamente inter-relacionados na organização da atenção à saúde". São eles: o eixo das necessidades, que" diz respeito à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas de atenção à saúde"; o eixo das finalidades, que "diz respeito a graus e modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos, e recuperação da saúde/reinserção sócia"; o eixo das articulações, que " refere-se aos graus e modos de composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais no desenvolvimento das ações e estratégias de atenção à saúde e, o eixo das interações, que " refere-se à qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado".

Cunha e Giovanella (2011), em artigo publicado, colocam que o atributo da **longitudinalidade** está relacionado a "resultados positivos, o que justifica sua utilização para fins de avaliação na APS" (Cunha e Giovanella, 2011, p.1029), e, segundo Starfield (2002), este atributo é exclusivo da APS e essencial para atingir a melhora na qualidade da assistência, associada à eficiência na APS.

As autoras, ao abordarem a escassez deste conceito "não usual" (Cunha e Giovanella, 2011, p.1038) na literatura científica brasileira, apresenta o conceito de "dimensões da longitudinalidade" proposto por Saultz (2003)[3] apud Cunha e Giovanella (2011), que, através de uma revisão sistemática para conceituar o atributo da longitudinalidade, identificou em seu estudo "múltiplas dimensões" deste atributo, concluindo sua pesquisa com uma hierarquia de três dimensões: a continuidade informacional (informações sobre cada paciente, disponibilizada para todos os profissionais que cuidam do mesmo), a continuidade longitudinal (identificação do paciente com a unidade de saúde ao longo do tempo, para assegurar a continuidade na maioria dos seus cuidados de saúde sob a responsabilidade da equipe) e a continuidade interpessoal (o paciente tem como referencial para o seu cuidado de saúde um profissional específico, ao longo do tempo) como elemento essencial da APS.

A objetividade e a fidelidade são qualidades que buscaram estar presentes na categorização desta pesquisa através da ausência de "distorções devidas à subjetividade dos codificadores" (Bardin, 2016, p.150). Seguindo este preceito, foi realizada a definição de cada categoria (a partir dos conceitos teóricos já descritos), pela pesquisadora e pela Profa. Dra. Ana Claudia Germani, buscando definir "os índices que determinam a entrada de um elemento em uma categoria" (Bardin, 2016), a fim de melhorar o desempenho da codificação para posterior análise dos dados.

Portanto, para cada categoria, foram definidos como descrição dos códigos como apresentados no Quadro 3, abaixo.

3 Saultz JW. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. *Ann Fam Med* 2003; 1(3):134-145 apud Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011;16(Suppl 1):1029-1042.

Quadro 3. Descrição dos códigos

Integralidade	Categoria que abrange um dos quatro elementos a seguir :a) o conjunto/interação dos três níveis de assistência à saúde (primário, secundário e terciário - níveis de complexidade do sistema), b) promoção, prevenção, diagnóstico, tanto na abordagem individual e/ou coletiva, c) presença de diferentes profissionais e/ou saberes (interdisciplinaridade) bem como diferentes modos de trabalho em equipe e d) olhar ampliado sobre as dimensões da necessidades de saúde
Longitudinalidade	Categoria entendida como vínculo entre os profissionais na oferta de cuidado e a presença da continuidade do cuidado ao longo dos ciclos da vida, levando em consideração a questão temporal
Acessibilidade	Categoria que aborda o acesso do usuário ao serviço, sempre que necessário
Coordenação	Categoria relacionada com o gerenciamento da informação necessária para interação entre os profissionais e/ou entre os níveis de atenção (referência e contra referência)

Fonte: Organizado pelo autor.

A análise temática categorial foi realizada e organizada em quadros constantes em ANEXO.

Neste momento da pesquisa, a utilização de mais uma técnica de análise de conteúdo aos objetos de pesquisa foi necessária: a análise lexical, realizada através de um software denominado IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Texts et de Questionnaires*). Para esta análise, foram seguidas as recomendações constantes no tutorial do próprio software (IRAMUTEQ, 2016).

Quadro 4. Resumo das Análises Textos pelo IRAMUTEQ.

Resumo	PNAB	DCN
Nº de textos	4	3
Nº de ocorrências	1014	4209
Nº de formas	398	1020
Nº hápax	248	510

Quadro 4. Resumo das Análises Textos pelo IRAMUTEQ.

Fonte: Organizado pelo autor.

Este software é gratuito e de acesso público, desenvolvido por Pierre Ratinaud em 2012, “permite fazer análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras. Ele ancora-se no software R e na linguagem Python (www.python.org)” (IRAMUTEQ, 2016 p.3). Para a instalação do mesmo, faz-se necessária a instalação do software R(www.r-project.org) e em seguida o download do IRAMUTEQ (http://www.iramuteq.org).

Dentre os tipos de análises possíveis, utilizamos para esta pesquisa a “análise sobre corpus textuais” (IRAMUTEQ, 2016), utilizando a forma de “análise lexicográfica clássica”, que “Identifica e reformata as unidades de texto, identifica a quantidade de palavras, frequência média e hapax (palavras com frequência um), pesquisa o vocabulário e reduz das palavras com base em suas raízes (formas reduzidas), cria do dicionário de formas reduzidas, identifica formas ativas e suplementares” (IRAMUTEQ ,2016 p. 5).

Os trechos dos documentos selecionados para análise nesta pesquisa foram submetidos ao chamado “tratamento do material” onde todos os arquivos em formato Word foram transformados em formato txt.

Uma padronização para ser utilizada na preparação destes textos foi necessária, sendo adotados os seguintes itens:

I) Siglas foram mantidas sem traço baixo (*underline)*: SUS, SUAS, TO, CAPS, CEREST, NASF e UBS.

II) Palavras consideradas “soltas” (todas aquelas que quando associadas a outras associadas transmitiam algum conceito, ideia ou termo considerados relevantes em relação a pergunta da pesquisa) foram unidas por traço baixo (underline): processo saúde doença, linguístico cultural , clínico epidemiológico, custo efetividade,ético profissional,atenção a saúde, promoção da saúde, saúde da família, técnico científica,comunicação não verbal,bem estar, acadêmico profissional, auto cuidado,contra referência,sistemas de informação,situação de saúde,cuidado da saúde, unidade de saúde,proteção da saúde, recuperação da saúde,vigilância a saúde, escuta qualificada, necessidades de saúde, notificação compulsória, continuidade da atenção,processo de trabalho, atenção básica,educação em saúde,educação permanente,controle social,ações intersetoriais, saúde da família, consultórios na rua, academias da saúde,apoio matricial,projetos terapêuticos,apoio institucional,cuidado continuado programado, pontos de atenção.

III) Para cada texto elaborado neste formato algumas siglas foram adotadas, como “sistema de saúde vigente no país” e “sistema de saúde” passou para os caracteres “SUS”, “terapeuta ocupacional” foi substituído por “TO”, “redes de atenção à saúde” por “RAS”.

A partir deste momento, o material apresentado ao software foi composto por 2 “corpus de texto”: 1 para os documentos da DCN, composto por 3 “números de texto” (DCN medicina, DCN enfermagem e DCN TO) e 1 para a PNAB, composto por 4 “números de texto” (atribuições comuns, NASF, enfermeiro e médico).

Segundo Bardin (2016, p. 83), na análise lexical, a “análise qualitativa das unidades

de vocabulário por ordenação frequencial segundo o sentido, pode fornecer informações". A partir desta afirmação, os trechos dos documentos analisados das DCN e da PNAB foram submetidos à análise no software IRAMUTEQ.

Neste momento, algumas "convenções" sugeridas pela autora foram adotadas nesta análise:

• A necessidade de identificarmos o *número total de palavras presentes ou ocorrências,* bem como as formas ativas, ou seja, palavras mais presentes no texto (no caso desta pesquisa, optamos por selecionar as primeiras 10 palavras mais frequentes presentes nos trechos dos documentos analisados);

• A classe gramatical das palavras selecionadas seguiu o sugerido por Bardin (2016, p. 82), a classificação por distinção das palavras, optando neste momento pelo uso das *palavras plenas*, ou seja, somente foram submetidas a analise lexical os substantivos, verbos e adjetivos;

• *Possibilidades de comparação*: após todas estas análises, uma comparação de todos os textos pode ser realizada, a partir das características de cada um.

• Como padrão para as análises foram selecionadas:

• Somente "palavras ativas";

• "Todas as modalidades do corpus";

• O tamanho do "segmento de texto" adotado foi o 10, devido aos textos serem considerados pequenos pelos pesquisadores;

Com todas estas medidas adotadas, os textos (trechos selecionados dos documentos) preparados (formato "txt") foram apresentados ao software. O resumo desta análise pode ser observado no Quadro 4, apresentado anteriormente.

4.3 Tratamento Dos Resultados Obtidos E Interpretação

Os resultados obtidos como "significativos e válidos", foram permitindo neste momento inferências e "adiantar interpretações a partir dos objetivos da pesquisa" (Bardin, 2016 p.131).

Os dados coletados foram extraídos de planilha Excel fornecida automaticamente pelo software, quando os textos foram aplicados à análise.

Foram elaboradas tabelas das 10 primeiras formas ativas mais frequentes nos documentos da DCN (total de 226) e da PNAB (total de 51), além de tabelas comparativas a partir de dados fornecidos pelo software para os documentos das DCN, da PNAB e tabelas para cada uma das DCN.

5. RESULTADOS

Apresentamos neste capítulo o “último polo cronológico” da análise de conteúdo segundo Bardin (2016), o “tratamento dos resultados obtidos e interpretação”.

Com as informações que emergiram durante a leitura dos documentos na análise documental, iniciou-se a aplicação das técnicas de análise de conteúdo na busca de evidenciar “indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem” destes documentos, “já que a comunicação de um conteúdo permite a inferência sobre uma ou outra realidade que não a da mensagem” (Bardin, 2016).

5.1 Resultados Da Análise Lexical

5.1.1 Diretrizes curriculares nacionais

As 10 palavras mais presentes nos textos das DCN segundo o IRAMUTEQ são: saúde, cuidado, social, processo, ação, prático, conhecer, considerar, coletivo e atenção. Na Tabela 1 a seguir está demonstrada a frequência comparativa destas formas ativas por DCN, para cada curso analisado.

Tabela 1. Comparação da frequência de formas ativas DCN.

Formas Ativas	**Medicina**		**Enfermagem**		**TO**		**Total**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
saúde	41	29%	32	44%	21	26%	94	32%
cuidado	36	26%	2	3%	0	0%	38	13%
social	8	6%	8	11%	16	20%	32	11%
processo	11	8%	7	10%	7	9%	25	9%
ação	10	7%	5	7%	5	6%	20	7%
prático	8	6%	5	7%	5	6%	19	6%
conhecer	0	0%	0	0%	19	23%	19	6%
considerar	13	9%	3	4%	0	0%	16	5%
coletivo	7	5%	5	7%	4	5%	16	5%
atenção	6	4%	5	7%	4	5%	15	5%
total	140	100%	72	100%	82	100%	294	100%

Fonte: Organizado pelo autor.

A forma ativa/palavra mais frequente em todas as DCN analisadas é a “saúde” (mais presente na medicina e menos na TO) caracterizando a atuação destes profissionais prioritariamente na assistência à saúde.

A palavra menos frequente é “atenção”. As concordâncias (vide Quadro 5) para

todos os textos referente a forma ativa “saúde” faz menção para atuação na APS, como “atenção básica”, ”necessidades de saúde”, “níveis de saúde”, integralidade da atenção”, “atenção integral” , atenção básica”, “continuidade da atenção”, entre outras.

As palavras “cuidado” e “considerar” não estão presentes na DCN da TO, e a palavra “conhecer” não é encontrada nas DCN da medicina e enfermagem. Entretanto, não interpretamos este resultado como ausência destas competências, mas sim como um modo de escrita utilizando verbos diferentes (conhecer e considerar) para fundamentar ações técnicas. A ausência da forma ativa “cuidado” no texto da TO pode ser interpretada pela escolha do uso da expressão “auto cuidado”, também forma ativa presente no texto da DCN do curso de TO, cuja concordância “atividades de lazer, trabalho, auto cuidado...” leva a inferir que este é um dos aspectos abordados por este profissional.

Para melhor compreensão do contexto em que estas palavras estão inseridas nos documentos analisados, foi realizada a verificação destas palavras que estão mais presentes nos textos das DCN e suas respectivas “concordâncias” (segundo o IRAMUTEQ) apresentadas no Quadro 5 a seguir.

Quadro 5. Formas ativas e respectivas concordâncias por DCN (continuação).

FORMAS ATIVAS	MEDICINA	ENFERMAGEM	TO
SAÚDE	preservar a saúde, necessidades de saúde individuais e coletivas, situação de saúde, práticas culturais de cura em saúde, iniquidades de saúde, profissionais de saúde, práticas populares de saúde, equipe de saúde, diagnóstico de saúde, indicadores de saúde, educação em saúde, ações de cuidado à saúde, elaboração de projetos em saúde, saúde coletiva, história da saúde das políticas públicas de saúde, trabalho em saúde, políticas de saúde, serviços de saúde, conceito ampliado de saúde, trabalho colaborativo em equipes de saúde, processo de trabalho em saúde, atenção à saúde, integralidade da atenção individual e coletiva, organização dos sistemas integrados de saúde, avaliação do trabalho em saúde, direito à saúde, construir novos significados para o cuidado à saúde	atenção à saúde, profissionais de saúde, proteção e reabilitação da saúde, pratica integrada e contínua nas instâncias dos sistemas de saúde, responsabilidades da atenção à saúde, resolução do problema de saúde, comunicação com profissionais da saúde, interação com profissionais da saúde e público em geral, liderança na equipe de saúde, compreender a política de saúde, reconhecer a saúde como direito, solucionar problemas de saúde, especificidades regionais de saúde, promoção, prevenção e reabilitação à saúde, atenção integral à saúde, trabalho multiprofissional em saúde, necessidades individuais e coletivas de saúde assistência à saúde, projetos de saúde, cuidar da própria saúde, formação de atender as necessidades sociais de saúde	atenção à saúde, profissionais de saúde, proteção e reabilitação da saúde individual ou coletivo, prática integrada com as instâncias do sistema de saúde, atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema de saúde reconhecer a saúde como direito, políticas de saúde, atuar em programas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, unidades básicas de saúde, formação deverá atender ao sistema de saúde vigente, atenção integral da saúde

FORMAS ATIVAS	MEDICINA	ENFERMAGEM	TO
CUIDADO	cuidados (relacionamento das pessoas sob seus cuidados), cuidado à saúde, autonomia no cuidado do indivíduo, avaliar evidências nas práticas no cuidado, cuidado máximo com segurança, ações de cuidado, prontuário como orientador do cuidado integral da pessoa, atenção básica voltada às ações de cuidado com corpo e saúde	prestar cuidados de enfermagem, qualidade do cuidado, cuidado à saúde, ações de cuidado no contexto dos serviços, responsabilidades no cuidado à saúde	-
SOCIAL	grupos sociais, iniquidades econômicas e sociais, determinação social no processo saúde doença, participação na construção e discussão de grupos sociais, controle social	compromisso ético humanístico e social, estabelecer relações com o contexto social, reconhecer formas de organização social, compreender a política de saúde dentro do contexto das políticas sociais, atuando com agente de transformação social, formação deve atender as necessidades sociais de saúde	processos sociais, fatores sociais econômicos, culturais e políticos de vida no país, exclusão e inclusão social, políticas sociais, iniquidades sociais, promoção e inclusão social, atividades cotidianas e sociais, sociais psíquicos, conhecer as políticas sociais de saúde trabalho e educação, promoção social, participação na vida social, agrupamentos sociais, atividades profissionais em equipamentos sociais e de saúde, conhecer as forças sociais, promo**ção social intersetorial**
PROCESSO	processo terapêutico, processo de trabalho, compartilhamento do processo terapêutico, processo saúde doença, processo de trabalho, processos de acreditação e certificação	processo de trabalho, processo de formação recursos humanos, processo do cuidado de enfermagem, processo saúde doença, processos de vida saúde trabalho e adoecimento, processo no trabalho institucional	processos sociais, condução de processos terapêuticos, processo de construção do fazer humano, processo saúde doença, processo da promoção social e infância, processo patológico, processos de inclusão exclusão e estigmatização
AÇÃO	ajustes e novas ações, articulando ações de cuidado, implementação e participação de ações pactuadas, inserção de ações de promoção e educação em saúde, ações de cuidado com ênfase na atenção básica, ações no âmbito do SUS	contínuo das ações, integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais, ações de promoção prevenção proteção e reabilitação	ações de promoção e prevenção, planos de ação, avaliação das ações propostas, como o homem reconhece a sua ação

CONHECER	-	-	“conhecer” como “aquisição do conhecimento: processo saúde doença, problemática das populações, princípios éticos, desenvolvimento do ser humano, etc
PRÁTICO	transformação da própria prática, práticas populares de saúde, avaliar práticas no cuidado, práticas culturais de cuidado	práticas de enfermagem, prática profissional	prática da TO, eficácia e efetividade de práticas
COLETIVO	necessidades de saúde coletivas, construção coletiva de conhecimento, saúde coletiva, necessidades individuais e coletivas, reflexão coletiva, promover benefícios a saúde dos coletivos.	coletivos, necessidades coletivas, nível coletivo para tomada de decisões	atendimentos coletivos, nível coletivo, tomada de decisões no nível coletivo
FORMAS ATIVAS	**MEDICINA**	**EMFERMAGEM**	**TO**
CONSIDERAR	todas concordâncias como “considerando”; contexto de vida, políticas de saúde, metas e prazos, etc	considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico e considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais	-
ATENÇÃO	atenção à saúde, níveis de atenção, atenção básica, continuidade da atenção, integralidade da atenção à saúde. atenção das necessidades de saúde	integralidade da atenção, atenção à saúde, níveis de atenção à saúde	atenção à saúde, níveis de atenção à saúde, atenção integral da saúde

Fonte: Organizado pelo autor.

A seguir, estão demonstradas também as 10 mais frequentes formas ativas por curso analisado (Tabela 2).

Tabela 2. Formas ativas DCN Medicina.

Formas Ativas	N	%
saúde	41	25%
cuidado	36	22%
responsável	14	9%
considerar	13	8%
plano	12	7%
processo	11	7%
ação	10	6%
participação	9	5%
necessidade	9	5%
familiar	9	5%
Total	164	100%

Fonte: Organizado pelo autor.

Para efeito de análise, foram consideradas como destaque as seguintes concordâncias para o curso de medicina (a partir das formas ativas mais frequentes na DCN deste curso): para a forma ativa “saúde” chama a atenção as “práticas culturais de cura em saúde”, levando a inferir a necessidade do conhecimento da cultura regional, a escuta e o planejamento terapêutico individual a partir da comunidade. O “trabalho colaborativo em equipes” leva o profissional a necessidade de conhecimento sobre outras abordagens profissionais e a prática e necessidade da competência colaborativa, e “construir novos significados para o cuidado em saúde” corrobora com esta necessidade como um reconhecimento desta necessidade de mudança, ou seja, o cuidado não se encerra com o ato médico, deve ser estendido a partir da ressignificação de sua prática profissional.

Para a forma ativa “cuidado” chama a atenção “autonomia do cuidado do indivíduo” apresentando a este profissional a relação não hierarquizada, a necessidade da escuta qualificada para um planejamento terapêutico compartilhado, e “prontuário como orientador do cuidado integral da pessoa” como meio para exercer esta integralidade do cuidado.

A palavra ativa “processo” também está presente, dando destaque as concordâncias “compartilhamento do processo terapêutico” e “processos de acreditação e certificação”.

A última forma ativa presente na DCN do curso de medicina, também presente na listagem das 10 formas ativas mais frequentes nos 3 documentos das DCN analisadas é “ação”. Como destaque, podemos citar as concordâncias “inserção de ações de promoção e educação em saúde” e “ações de cuidado com ênfase na atenção básica”, caracterizando que a atuação deste profissional deve ser pautada no atributo da integralidade.

Chama a atenção a presença, na tabela 2, das 10 palavras mais frequentes na DCN do curso de medicina a forma ativa “familiar”, correspondendo a 5% do total (e não encontrada em nenhuma outra DCN analisada), junto a “necessidade” e “participação”. Retornando ao software para a busca da concordância desta palavra observamos que todas as 10 formas ativas “familiar” presentes no texto da DCN são adjetivos e fazem sempre referência a grupo, com destaque para as concordâncias “atendimentos individuais, grupais familiares, institucionais, coletivos e comunitários” e “prognóstico dos problemas da pessoa... considerando os contextos social, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental ente outros”, inferindo que a característica “familiar” pode interferir de modo diferente na vida do indivíduo e suas relações.

Para a enfermagem, foram consideradas as seguintes concordâncias (Tabela 3): para “saúde” merecem destaque a “prática integrada e contínua nas instâncias nos sistemas de saúde”, citando não somente o SUS, mas também o sistema de saúde privado no país, levando a este profissional a ciência de que o mesmo usuário pode receber atendimento além do SUS e que estas informações deveriam ser compartilhadas. As “especificidades regionais de saúde” demonstram uma preocupação com o comportamento, cultura e hábitos da comunidade onde é prestada a assistência de enfermagem, o que leva a mudança de

olhar deste profissional para as necessidades de saúde e compreensão da forma e modo como o auto cuidado é realizado pelo indivíduo.

Tabela 3. Formas ativas DCN Enfermagem.

Formas Ativas	N	%
saúde	32	34%
enfermagem	10	11%
social	8	8%
processo	7	7%
forma	7	7%
reconhecer	7	7%
diferente	6	6%
nível	6	6%
formação	6	6%
atuar	6	6%
Total	95	100%

Fonte: Organizado pelo autor.

O "cuidar da própria saúde" referindo-se ao profissional, demonstra claramente a preocupação do possível adoecimento deste profissional durante sua prática.

A segunda forma ativa presente nesta DCN é "enfermagem", não contemplada entre as palavras frequentes em todos os documentos, demonstrando uma possível necessidade de demarcar as competências profissionais no âmbito profissional, já que está sendo contemplada em 11% das unidades de análise (competência) do documento DCN do curso de enfermagem.

A forma ativa "social" merece destaque com as seguintes concordâncias: "reconhecer formas de organização social", podendo ser interpretado como a necessidade de compreender os diferentes modos de vida da população, as diversidades, atuando e pautando sua prática profissional a partir deste reconhecimento. A palavra "processo" com "processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento" como compreensão e abordagem para a enfermagem do trabalho e "processo no trabalho institucional" para atuação na administração.

O "cuidado", forma tão frequente utilizada nas práticas profissionais como referência a este profissional, não está presente nas formas ativas mais frequentes na DCN do curso de enfermagem, podendo nos levar a inferir que esta competência já é senso comum. Porém, quando citado no documento, merecem destaque as concordâncias "prestar cuidados de enfermagem" e "qualidade no cuidado", qualificando e reforçando esta competência

profissional.

Para efeito de análise, foram consideradas como destaque as seguintes concordâncias para o curso de TO (Tabela 4; a partir das formas ativas mais frequentes na DCN deste curso): para a forma ativa "saúde" chama atenção as concordâncias "prática integrada com os sistemas de saúde", aqui mais uma vez demonstrando não só a abordagem no SUS como também no serviço privado de saúde e a integração destes sistemas quando necessário, e "a saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema de saúde", podendo inferir a respeito do atributo da longitudinalidade através da continuidade do cuidado, além do olhar da integralidade.

Tabela 4. Formas ativas DCN TO.

Formas Ativas	**N**	**%**
saúde	21	20%
conhecer	19	18%
social	16	15%
atividade	9	8%
diferente	8	8%
processo	7	7%
relação	7	7%
comunicação	7	7%
prático	6	6%
Intervenção	6	6%
Total	106	100%

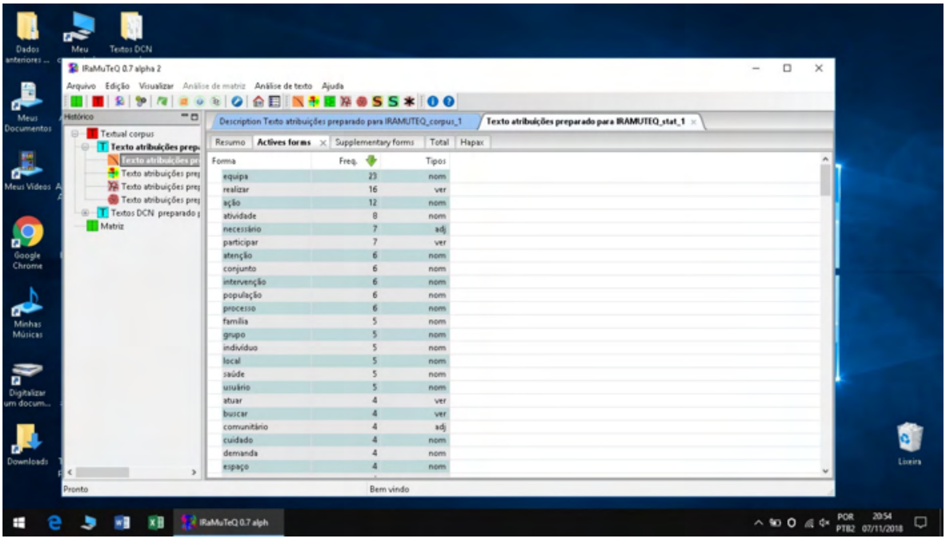
Fonte: Organizado pelo autor.

5.1.2 Política Nacional de Atenção Básica

As 10 palavras mais presentes nos textos da PNAB e suas respectivas "formas associadas" segundo o IRAMUTEQ são: "equipa" (equipes e equipe[1]), "realizar" (realizar e realizando[7]), "ação" (ações[7]), "atividade (atividades[7]), "necessário" (necessário e necessários[7]), "participar" (participar[7]), "atenção" (atenção[7]), "conjunto" (conjunto e conjunta[7]), "intervenção" (intervenções e intervenção[7]) e "população" (população e populações[7]), como podemos observar na imagem do momento da análise (Figura 2).

1 Formas associadas segundo IRAMUTEQ

Figura 2. Resultado para Formas ativas atribuições PNAB pelo IRAMUTEQ



Fonte: Captura de tela realizada pelo autor.

Porém, quando os “4 textos” da PNAB selecionados para esta pesquisa (atribuições comuns, NASF, enfermeiro e médico) são apresentados ao software e solicitado a análise comparativa entre eles (frequência das formas), o mesmo apresenta somente 3 formas ativas para esta comparação, como demonstrado na Tabela 5 a seguir.

Tabela 5. Comparação de frequência de formas ativas atribuições PNAB.

Formas Ativas	Comuns		NASF		Enf.		Med.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
realizar	8	40%	0	0%	4	44%	4	80%	16	31%
ação	7	35%	4	24%	1	11%	0	0%	12	24%
equipa	5	25%	13	76%	4	44%	1	20%	23	45%
total	20	100%	17	100%	9	100%	5	100%	51	100%

Fonte: Organizado pelo autor.

A forma ativa “realizar” e suas formas associadas (realizar e realizando[7]) não estão presentes nas atribuições do NASF. A forma ativa “ação” e sua forma associada (ações[7]) não estão presentes nas atribuições do médico. A forma ativa “equipa” e suas formas associadas (equipes e equipe[7]) estão presentes em todos os textos analisados.

Sendo assim, as 3 palavras mais presentes nos textos da PNAB e suas respectivas “concordâncias” (segundo o IRAMUTEQ) estão demonstradas no Quadro 6 a seguir.

Quadro 6. Formas ativas e respectivas concordâncias por atribuições PNAB.

FORMAS ATIVAS	COMUNS	NASF	ENFERMEIRO	MÉDICO
EQUIPA	área de atuação de atuação da equipe	responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes, equipes de atenção básica, compartilhamento de casos das equipes de atenção básica, discussão do processo de trabalho das equipes, intervenção coletiva das equipes de atenção básica	planejar ações desenvolvidas pelos acs com outros membros da equipe, realizar atenção à saúde nas famílias cadastradas da equipe	Não há concordância
REALIZAR	realizar ações e atividades a serem definidas, realizar o cuidado da saúde, realizar ações de atenção à saúde, acolhimento realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, realizar busca ativa e notificar, realizar reuniões de equipe, realizar trabalho interdisciplinar, realizar ações de educação em saúde	Não há concordância	realizar atividades programadas, realizar atividades de educação permanente	realizar atividades programadas, realizar e participar das atividades de educação permanente, de todos a equipe, realizar atenção à saúde, realizar consultas clínicas
AÇÃO	ações de atenção à saúde conforme necessidade da população, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, ações programáticas coletivas e de vigilância, ações da equipe, avaliar as ações sistematicamente, ações de educação em saúde, ações definidas de acordo com a prioridade local	ações de apoio, ações intersetoriais de prevenção, promoção da saúde, profissional sanitarista pode reforçar as ações de apoio institucional e matricial	ações desenvolvidas pelos acs	Não há concordância
PARTICIPAR	participar do processo de territorialização, participar do acolhimento dos usuários	Não há concordância	participar de atividades de educação permanente, do gerenciamento dos insumos da ubs.	participar das atividades de educação permanente de toda a equipe, participar do gerenciamento dos insumos da ubs
ATENÇÃO	responsabilizar-se pela população descrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção	articulação com outros pontos de atenção da rede	atividade de atenção à demanda espontânea	encaminhar a outros pontos de atenção, realizar atividades de atenção à demanda espontânea

FORMAS ATIVAS	COMUNS	NASF	ENFERMEIRO	MÉDICO
CONJUNTO	discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações	trabalho conjunto com as equipes e ou academia da saúde, construção conjunta de projetos terapêuticos e educação permanente	planejar as ações dos acs em conjunto com membros da equipe	Não há concordância
INTERVENÇÃO	identificação das necessidades de intervenções de cuidado	aumento da capacidade de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, intervenções no território e na saúde de grupos, intervenção conjunta sobre riscos coletivos e vulnerabilidades	Não há concordância	Não há concordância
POPULAÇÃO	ações de atenção à saúde com população local, responsabilizar-se pela população descrita, ações de educação em saúde à população	saúde da família e equipes de atenção básica para populações específicas	Não há concordância	Não há concordância

Fonte: Organizado pelo autor.

Para efeito de análise, foram consideradas como destaque as seguintes concordâncias para as atribuições constantes na PNAB:

• Forma ativa “equipa”: para atribuições comuns, destaque para a concordância “área de atuação”, com referência ao território adstrito. Para o NASF, a “responsabilização” compartilhada com as equipes de saúde e equipes multiprofissionais, reforçando a todo momento o trabalho em equipe. Nas atribuições do enfermeiro, destacamos a concordância “planejar as ações”, principalmente com a equipe de enfermagem e de agentes comunitários de saúde, e para o médico não há concordância com a forma ativa “equipa”.

• Forma ativa “realizar”: para as atribuições comuns o verbo aborda todas as atividades, ações que devem ser realizadas no âmbito da APS, com destaque para “acolhimento realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde”, “realizar busca ativa e notificar”. Para o NASF não há concordância, já que não há um “rol” de atividades já dado (como no caso do enfermeiro e médico) que

seria de competência desta equipe profissional. Para o enfermeiro fica claro "o que deve ser realizado", através do destaque das concordâncias "realizar atividades programadas" e "realizar atividades de educação permanente", e para o médico destacamos as concordâncias "realizar consulta clínica" (que por si só caracteriza o trabalho médico) e "realizar atenção à saúde".

• Forma ativa "ação": única forma ativa comum encontrada nos documentos da PNAB e na DCN como uma das formas ativas com maior frequência. Em todos os textos analisados na PNAB, o texto das atribuições comuns é o que mais apresentam termos que remetem a APS, em destaque para "ações programáticas coletivas e de vigilância" e "ações definidas de acordo com a prioridade local". Para o NASF, podemos destacar, além de exemplos de ações que podem ser desenvolvidas, a citação de profissional sanitarista (especializado) "apoiar as ações de matriciamento e apoio institucional". Como destaque na atribuição do profissional médico, o fato de não possuir concordância no texto da PNAB pode levar compreensão da realidade na prática do dia a dia de uma unidade de saúde: a participação do profissional médico, em sua grande maioria, em consultas clínicas, como demonstrado na forma ativa "realizar" e sua concordância "realizar consultas clínicas".

Algumas palavras como "saúde", "integrar", "informação", "coordenação", "integralidade", "interdisciplinar" e "participação" foram analisadas (apesar de não estarem na lista das 10 palavras mais frequentes) pois são palavras presentes no contexto da APS.

As concordâncias encontradas somente nas atribuições comuns foram: para "participação", concordância com "promover a participação da comunidade, buscando o controle social"; "interdisciplinar" concordância com "realizar trabalho interdisciplinar"; "integralidade" concordância com "garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio de ações". Para "coordenação", encontrada nos textos das atribuições comuns e NASF, faz concordância com "mantendo a coordenação do cuidado" e "papel de coordenação do cuidado da RAS". Para "integrar" concordância no texto das atribuições do NASF (atuar de forma integrada às RAS e seus serviços CAPS" e "atuar de maneira integrada aos profissionais das equipes de saúde da família") e das atribuições comuns com "realizar trabalho interdisciplinar e em equipe integrando áreas técnicas e profissionais". Para "informações" faz concordância com atribuições comuns ("coleta de informações e sinais clínicos") e com atribuições NASF ("apoio à discussão de informações e indicadores de saúde"). A palavra "saúde" faz concordância com as atribuições NASF ("academia da saúde compartilhando saberes em saúde", "apoio à discussão de indicadores de saúde", "intervenções na saúde de grupos populacionais" e "ações de promoção da saúde") e com atribuições do enfermeiro com "realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes".

Ao término destes dados apresentados pelo software, uma nova análise foi proposta pelos pesquisadores, a verificação dos atributos da APS (categorias *a priori*): onde as palavras (atributos) são encontradas? Quais os contextos e qual a concordância de cada palavra/atributo com cada texto analisado?

Foi necessário retornar à pasta de todas as análises realizadas, especificamente na pasta "formas ativas" para cada "corpus de texto" e localizar nesta listagem completa (agora não mais as 10 formas ativas/palavras mais frequentes) os atributos **integralidade, longitudinalidade, coordenação e acessibilidade/acesso** como palavras ativas, obtendo o resultado apresentado na Tabela 6 a seguir.

Tabela 6. Ocorrência frequência e concordância dos atributos DCN e PNAB.

ATRIBUTOS	DCN (226 formas ativas)			PNAB (51 formas ativas)			TOTAL	
	N	**%**	**concordância**	**N**	**%**	**concordância**	**N**	**%**
Integralidade	6	2,7%	"integralidade da atenção" (med. 2 e enf.3), "integralidade da assistência"(TO)	1	2,0%	"garantir a atenção a saúde buscando a integralidade do cuidado"(comuns)	7	2,5%
Longitudinalidade*	1	0,4%	"continuidade da atenção"(med.)	0	0%		1	0,4%
Coordenação	0	0%		2	4%	"coordenação do cuidado mesmo em outros pontos de atenção" (comuns), "coordenação do cuidado na RAS" (NASF)	2	0,7%
Acesso	2	0,9%	"acesso a utilização de dados secundários", "necessidades da pessoa, avaliando sua possibilidade de acesso aos testes necessários"(med.)	0	0%		2	0,7%
Total	9	4,0%		3	5,9%		12	4,3%

Fonte: Organizada pelo autor.

A forma ativa "longitudinalidade" não foi encontrada, porém a forma ativa "continuidade" foi considerada, devido a palavra pertencer a uma característica da longitudinalidade. A forma ativa "acessibilidade" também está presente na DCN da TO, porém com referência a "tecnologia assistiva", sem concordância com o atributo.

5.2 RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Foram elaboradas tabelas para cada DCN analisada (medicina, enfermagem e TO) e para cada uma das atribuições da PNAB (comuns , NASF, enfermeiro e médico) , todas ilustradas no ANEXO.

5.2.1 Diretrizes Curriculares Nacionais

5. 2.1.1 DCN Medicina

A Diretriz Curricular do Curso de Medicina foi instituída pela Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 (revogando-se a Resolução CNE/CES nº 4, de 9 de novembro de 2001).

O texto completo do documento que institui as DCN do curso de medicina possui 14 páginas e 41 artigos distribuídos em 3 capítulos: Capítulo I "Das Diretrizes"; Capítulo II "Das áreas de Competência da Prática Médica"; e Capítulo III "Dos Conteúdos Curriculares e do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina".

Para esta análise, foram selecionados os "descritores" do Capítulo II, que tratam das "áreas de competência da prática médica", apresentando parágrafo único (Quadro 7) que conceitua competência no próprio texto.

Quadro 7. Parágrafo único, art. 8º da DCN do curso de medicina segundo Resolução CNE/CES nº3, 20 de junho de 2014.

Para os efeitos desta Resolução, competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: Brasil, 2014.

O formato da DCN do curso de medicina é diferente das demais DCN da área da saúde, incluindo as DCN da enfermagem e terapia ocupacional, também objetos desta pesquisa.

Faz citação a necessidade do conhecimento do aluno em "realidades regionais" e "diversidade cultural", colocam as ciências sociais e humanas como "eixo transversal na formação do profissional com perfil generalista" (Brasil, 2014, p. 12) e faz referência a formação interprofissional. Estas informações estão presentes nos incisos e parágrafos do documento, não nas unidades de análise (descritores).

5.2.1.1.1 Análise do atributo da integralidade

Merecem destaque as seguintes unidades de análise (descritores), cuja categorização também foi corroborada com a associação das mesmas com os eixos relacionados com a organização da prática na APS (Kalichman e Ayres, 2016):

• Área de competência da Atenção à Saúde:

Subárea: atenção às necessidades individuais de saúde. Ação chave: identificação de necessidades de saúde e subseção realização da história clínica:

a) orientação do atendimento às necessidades de saúde, sendo capaz de combinar o conhecimento clínico e as evidências científicas, com o entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa;

Subárea: atenção as necessidades individuais de saúde. Ação chave: desenvolvimento e avaliação de planos terapêuticos e subseção elaboração e implementação de planos terapêuticos:

a) promoção do diálogo entre as necessidades referidas pela pessoa sob seus cuidados ou responsável, e as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde, estimulando a pessoa sob seus cuidados a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado;

Subárea: atenção às necessidades de saúde coletiva. Ação chave: Desenvolvimento e avaliação de projetos de intervenção coletiva:

II – estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde;

• Área de competência da Gestão em Saúde:

Ação chave: organização do trabalho em saúde, desempenho identificação do processo de trabalho:

a) identificação de oportunidades e de desafios na organização do trabalho nas redes de serviços de saúde, reconhecendo o conceito ampliado de saúde, no qual todos os cenários em que se produz saúde são ambientes relevantes e neles se deve assumir e propiciar compromissos com a qualidade, integralidade e continuidade da atenção;

e) trabalho colaborativo em equipes de saúde, respeitando normas institucionais dos ambientes de trabalho e agindo com compromisso ético-profissional, superando a fragmentação do processo de trabalho em saúde;

Ação chave: acompanhamento e avaliação do trabalho em saúde e desempenho gerenciamento do cuidado em saúde:

a) promoção da integralidade da atenção à saúde individual e coletiva, articulando as ações de cuidado, no contexto dos serviços próprios e conveniados ao SUS;

Ação chave: acompanhamento e avaliação do trabalho em saúde; desempenho, monitoramento de planos e avaliação do trabalho em saúde:

• Área de competência Educação em Saúde:

Ação chave: Identificação de necessidades de aprendizagem individual e coletiva:

II – identificação das necessidades de aprendizagem próprias, das pessoas sob seus cuidados e responsáveis, dos cuidadores, dos familiares, da equipe multiprofissional de trabalho, de grupos sociais ou da comunidade, a partir de uma situação significativa e respeitando o conhecimento prévio e o contexto sociocultural de cada um.

5.2.1.Análise do Atributo da longitudinalidade

Foram relacionadas a este atributo os seguintes descritores (unidades de análise):

• Subárea: atenção as necessidades individuais de saúde. Ação chave: identificação de necessidades de saúde e subseção realização da história clínica:

e) favorecimento da construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados trazidos pela pessoa sob seus cuidados e responsáveis, possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado;

• Subárea: atenção as necessidades individuais de saúde. Ação chave: desenvolvimento e avaliação de planos terapêuticos e subseção elaboração e implementação de planos terapêuticos:

a) implementação das ações pactuadas e disponibilização das prescrições e orientações legíveis, estabelecendo e negociando o acompanhamento ou encaminhamento da pessoa sob seus cuidados com justificativa;

5.2.1.1.3 Análise do atributo da coordenação

• Subárea: atenção as necessidades individuais de saúde. Ação chave: identificação de necessidades de saúde e subseção realização da história clínica:

i) registro dos dados relevantes da anamnese no prontuário de forma clara e legível.

• Subárea: atenção as necessidades individuais de saúde. Ação chave: identificação de necessidades de saúde e subseção realização do exame físico:

d) esclarecimento, à pessoa sob seus cuidados ou ao responsável por ela, sobre os sinais verificados, registrando as informações no prontuário, de modo legível.

• Subárea: atenção as necessidades individuais de saúde. Ação chave: identificação de necessidades de saúde e subseção promoção de investigação diagnóstica:

e) registro e atualização, no prontuário, da investigação diagnóstica, de forma clara e objetiva.

f) informação sobre situações de notificação compulsória aos setores responsáveis.

• Subárea: atenção as necessidades individuais de saúde. Ação chave: desenvolvimento e avaliação de planos terapêuticos e subseção acompanhamento e avaliação de planos terapêuticos:

f) registro do acompanhamento e da avaliação do plano no prontuário, buscando torná-lo um instrumento orientador do cuidado integral da pessoa sob seus cuidados.

• Subárea: atenção às necessidades de saúde coletiva. Ação chave: investigação de problemas de saúde coletiva e desempenho, análise das necessidades de saúde de grupos de pessoas e as condições de vida e de saúde das comunidades:

l) acesso e utilização de dados secundários ou informações que incluam o contexto político, cultural, discriminações institucionais, socioeconômico, ambiental e das relações, movimentos e valores de populações, em seu território, visando ampliar a explicação de causas, efeitos e baseado na determinação social no processo saúde- doença, assim como seu enfrentamento.

5.2.1.1.4 Análise do atributo da acessibilidade

Não foram encontradas no texto do documento unidades de análise relacionadas a este atributo.

5.2.1.2 DCN Enfermagem

A Diretriz Curricular do Curso de Enfermagem foi instituída pela Resolução CNE/CES nº3, de 7 de novembro de 2001. Este foi o documento utilizado para a extração de dados e análise.

O texto completo da DCN do curso de Enfermagem possui 6 páginas, 16 artigos, sendo que no art. 4º estão elencadas as competências e habilidades gerais requeridas

para a formação do enfermeiro, e no art. 5º encontram-se as competências e habilidades específicas, em um total de 39 e com parágrafo único/dispositivo normativo ao "sistema de saúde (SUS)".

Como na terapia ocupacional, o texto da DCN do curso de enfermagem também apresenta competências gerais, expressa na mesma forma e conteúdo também nesta DCN. É importante ressaltar a existência de competências gerais de I a VI com conceitos que sinalizam a atuação na Atenção Básica, conforme o quadro a seguir (Quadro 8).

Art. 4º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: I. Atenção à saúde II. Tomada de decisões III. Comunicação IV. Liderança V. Administração e gerenciamento VI. Educação permanente Parágrafo Único. A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

Fonte: Brasil, 2001.

O "Cuidar" é expressão marcante nas competências específicas, caracterizada como "ciência e arte", com necessidade de avaliar o "cuidado da enfermagem" e garantir instrumentos que a viabilizem. Este é um dos poucos conceitos que caracterizam a atuação deste profissional.

A formação profissional, através de planejamento e programas de implementação dos trabalhadores da enfermagem, a importância da atuação profissional e produção do conhecimento visando a qualidade da atuação, são aspectos que evidenciam a preocupação do documento para preparar os profissionais para atuarem com qualidade na assistência. Faz menção direta a necessidade de "desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional" (BRASIL, 2014).

A atuação do egresso nas políticas de saúde está presente no documento, porém a necessidade do conhecimento e atuação em outras políticas não é citada, diferentemente do reconhecimento da política de saúde no contexto de outras políticas.

Chamam a atenção competências que preparam para diagnosticar e solucionar problemas de saúde, promover estilos de vida saudáveis e cuidar da própria saúde física e mental, e buscar seu bem-estar como cidadão e profissional.

5.2.1.2.1 Análise atributo da integralidade

Merecem destaque as seguintes unidades de análise:

> "Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo", competência geral, eixo das finalidades;
>
> "Responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde" e "atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades", unidades da competência específica, eixo das finalidades;
>
> "Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade", competência específica, eixo das necessidades;
>
> "Identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes", competência específica, eixo das necessidades;
>
> "Responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência", competência específica, eixo das finalidades;
>
> "Prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade", competência específica, eixo das necessidades;
>
> "Planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde", competência específica, eixo das finalidades;
>
> Parágrafo único: A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde (eixo das necessidades), e assegurar a integralidade da atenção (eixo das finalidades).

5.2.1.2.2 Atributo da longitudinalidade

Para este atributo foi relacionada a unidade de análise:

"Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde", competência na dimensão da continuidade da longitudinalidade.

5.2.1.2.3 Atributo da acessibilidade

Para este atributo foi relacionada a seguinte unidade de análise:

"Os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral" competência geral nº 3, na dimensão da continuidade informacional.

5.2.1.2.4 Atributo da coordenação

Para este atributo foram relacionadas as seguintes unidades de análise:

"Os profissionais devem estar aptos a" "fazer o gerenciamento e administração de informação", competência geral;

"Usar adequadamente novas tecnologias tanto de informação e comunicação", competência específica.

5.2.1.3 DCN Terapia Ocupacional

A Diretriz Curricular do Curso de Terapia Ocupacional foi instituída pelo Parecer CNE/CES nº 1.210, de 12 de setembro de 2001, junto com os cursos de Fisioterapia e Fonoaudiologia. Em 19 de fevereiro de 2002 entra em vigor a Resolução CNE/CES nº6, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional.

O texto completo da DCN do curso de TO possui 5 páginas, 15 artigos, sendo que no art. 4º estão elencadas as competências e habilidades gerais (I a VI, vide Quadro 9) requeridas para a formação do terapeuta ocupacional, e no art. 5º encontram-se as competências e habilidades específicas, total de 40, além de parágrafo único/dispositivo normativo.

Quadro 9. Síntese das competências gerais presentes na DCN do curso de terapia ocupacional segundo Resolução CNE/CES nº6, 19 de Fevereiro de 2002.

Art. 4º A formação do terapeuta ocupacional tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: I. Atenção à saúde II. Tomada de decisões III. Comunicação IV. Liderança V. Administração e gerenciamento VI. Educação permanente Parágrafo Único. A formação do terapeuta ocupacional deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe.

Fonte: Brasil, 2002.

A DCN do curso de TO faz citação à necessidade de conhecimento de políticas sociais "de saúde, educação, trabalho, promoção social e infância e adolescência", caracterizando uma visão interdisciplinar, justificada também pela competência que cita necessidade para o conhecimento de atuação em equipe "inter, multi, transdisciplinar e transcultural". Outra competência, como o conhecimento para "realidades regionais no que

diz respeito ao perfil de morbimortalidade e as prioridades assistenciais”, também está presente, abordando a necessidade do conhecimento ao conceito de determinantes sociais em saúde.

Também podemos encontrar conceitos que caracterizam a atuação do profissional, como “órtese”, “prótese”, “desordens da dimensão ocupacional do ser humano”, “atividades” (incluindo exemplos), entre outros.

5.2.1.3.1 Análise atributo da integralidade

Neste documento encontramos a definição proposta pela terapia ocupacional para o conceito de integralidade, citada através da competência nº 9, além de perpassar por várias unidades de análise, em sua maioria de modo latente (não implícito).

Merecem destaque as seguintes unidades de análise, cuja categorização foi corroborada com a associação destas com os eixos relacionados com a organização da prática na APS (Kalichman e Ayres, 2016):

> “Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo”, competência geral, eixo das finalidades;
>
> “Perceber que a emancipação e a autonomia da população atendida são os principais objetivos a serem atingidos pelos planos de ação e tratamento” e “relacionar a problemática específica da população com a qual trabalhará, com os seus processos sociais, culturais e políticos”, competência específica, eixo das necessidades.
>
> “Participar da formulação e implementação das políticas sociais intersetoriais”, competência específica, eixo das articulações;
>
> “Atuando em programas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, assim como em programas de promoção e inclusão social, educação e reabilitação”, competência específica, eixo das finalidades.
>
> “Explorar recursos pessoais, técnicos e profissionais para a condução de processos terapêuticos” e “condução de processos terapêuticos numa perspectiva interdisciplinar”, unidades isoladas da competência específica, eixo das articulações;
>
> “Conhecer o processo saúde-doença, nas suas múltiplas determinações contemplando a integração dos aspectos biológicos, sociais, psíquicos, culturais e a percepção do valor dessa integração para a vida de relação e produção”, competência específica, eixo das necessidades;
>
> “Conhecer a atuação inter, multi e transdisciplinar e transcultural”, competência específica, eixo das articulações;
>
> “Desenvolver consciência das próprias potencialidades e limitações, adaptabilidade e flexibilidade, equilíbrio emocional, empatia, criticidade, autonomia intelectual e exercício da comunicação verbal e não verbal”, competência específica. Nesta unidade de análise não houve associação com

nenhum eixo, porém ela contempla o preconizado por Starfield (2002), quando a autora relata a necessidade do aprendizado, por parte dos profissionais de saúde do vínculo e o acolhimento aos usuários.

"Desenvolver capacidade de atuar enquanto agente facilitador, transformador e integrador junto às comunidades e agrupamentos sociais", competência específica, eixo das finalidades;

"Desenvolver atividades profissionais com diferentes grupos populacionais em situação de risco e ou alteração nos aspectos: físico, sensorial, percepto-cognitivo, mental, psíquico e social", competência específica, eixo das finalidades;

"Parágrafo único - A formação do Terapeuta Ocupacional deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde (eixo das finalidades) no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe (eixo das articulações)".

5.2.1.3.2 Análise do atributo da longitudinalidade

Foram relacionadas a este atributo as seguintes unidades de análise:

"Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde", competência geral, dimensão da continuidade longitudinal;

"Os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral" e "o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação", competência geral, dimensão da continuidade informacional;

"Conhecer os principais métodos de avaliação e registro", competência específica, dimensão da continuidade informacional;

Parágrafo único, unidade de análise "no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência", dimensão da continuidade longitudinal.

5.2.1.3.3 Análise do atributo da coordenação

Foram relacionadas a este atributo as seguintes unidades de análise:

"Os mesmos devem possuir competências e habilidades para sistematizar as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas", competência geral;

"Os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração de informação", competência geral (administração e o gerenciamento);

"Conhecer os principais métodos de registro das ações propostas em Terapia Ocupacional", competência específica.

5.2.1.3.4 Análise do atributo da acessibilidade

> "Os profissionais de saúde devem ser acessíveis (na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral).

5.2.2 Política nacional de atenção básica

5.2.2.1 Atribuições comuns

Este trecho selecionado para a análise possui 17 unidades de análise, dentre estas, 10 unidades de análise foram relacionadas aos atributos da APS:

5.2.2.1.1 Análise do atributo da integralidade

Foram relacionadas a este atributo 2 unidades de análise, com destaque para "garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção da saúde, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos".

5.2.2.1.2 Análise do atributo da longitudinalidade

Relacionadas 2 unidades de análise, com destaque para "participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo".

5.2.2.1.3 Análise do atributo da coordenação

Relacionadas 5 unidades de análise, com destaque para "garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica" e "manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território".

5.2.2.1.4 Análise do atributo da acessibilidade

Relacionada a unidade "garantir a atenção à saúde buscando a garantia de atendimento da demanda espontânea".

5.2.2.2 Atribuições Nasf

Este trecho da PNAB apresenta 9 unidades de análise.

5.2.2.2.1 Análise do atributo da integralidade

Estão relacionadas a este atributo 5 unidades de análise, com destaque para "devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à Rede Atenção à Saúde e seus serviços (CAPS, Cerest, Ambulatórios Especializados etc.), além de outras redes Sistema Único de Assistência Social (SUAS), redes sociais e comunitárias" e "os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários".

5.2.2.2.2 Análise do atributo da longitudinalidade

Somente uma unidade de análise está relacionada: "A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família e equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, a ampliando para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas RAS".

Não foram relacionadas unidades de análise aos atributos "coordenação" e "acessibilidade".

5.2.2.3 Atribuições do enfermeiro

Este trecho apresenta 14 unidades de análise e somente o atributo da integralidade está relacionada a 2 unidades de análise: "realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.)" e "Realizar atenção à saúde em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade".

Não há unidades de análise relacionadas com os atributos da "longitudinalidade", "coordenação" e "acessibilidade".

5.2.2.4 Atribuições do médico

Este trecho analisado apresenta 7 unidades de análise, sendo 1 unidade relacionada ao atributo da integralidade: "Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob

sua responsabilidade” e 1 unidade de análise relacionada ao atributo da longitudinalidade: “encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles”.

Não há unidades de análise relacionadas a “coordenação” e “acessibilidade”.

5.3 COMPARAÇÃO ENTRE AS ANÁLISES DE CONTEÚDO E LEXICAL

5.3.1 Comparação análise lexical cursos/profissões

A forma ativa “ação, presente em todas as DCN analisadas, apresenta as seguintes concordâncias que merecem destaque: para medicina, “implementação e participação de ações pactuadas”, “ajustes e novas ações”, “ações de cuidado com ênfase na atenção básica” e “ações no âmbito do SUS”. Para enfermagem, podemos destacar as concordâncias “contínua das ações”, “integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais” e “ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação”. Para TO, destacam-se as concordâncias “planos de ação”, ações de promoção e prevenção”, “avaliação das ações propostas” e “como o homem reconhece sua ação”.

Podemos inferir que a forma ativa “ação” aborda a APS em todas as DCN através dos termos “promoção da saúde” e “atenção básica”. Porém, na medicina também estão presentes características de gestão (administração) e assistência, para a enfermagem a assistência está mais presente, com foco no trabalho em equipe, e na TO a gestão (avaliação, planejamento) e assistência, com característica reflexiva pelo ponto de vista do indivíduo.

Algumas formas ativas encontradas no “*corpus* do texto” das DCN como “necessidade”, “informação”, “equipa”, “participação” e “promoção” foram analisadas (apesar de não estarem na lista das 10 palavras mais frequentes nas DCN), pois são palavras presentes no contexto da APS.

As concordâncias encontradas foram: para “informação” (informação e informações[7]) no contexto da comunicação em sua maioria, concordando com notificações e prontuários. Para “necessidade” (necessidade, necessidades[7]) em sua maioria concordando com a temática da APS, como necessidades de saúde, sociais, individuais e coletivas e de aprendizagem. Para “equipa” (equipe e equipes[7]) há concordância com equipes de saúde, equipe multiprofissional, interprofissionais, equipe de enfermagem e trabalhar em equipe. Para “participação” (participação[7]) há concordância com participação com equipe, com usuários, na construção de projetos, implementação de políticas e movimentos sociais. Para “promoção” (promoção[7]) em sua grande maioria concordância com promoção da saúde, ações de promoção, mas também com programas de promoção e inclusão social, na educação e reabilitação.

5.3.2 Comparação análise de conteúdo cursos/profissões

Nas competências e atributos gerais, há o mesmo formato e conteúdo nos documentos das DCN de enfermagem e TO. A integralidade está presente na maioria das competências de todos os cursos analisados, porém a longitudinalidade, apesar de estar relacionada à duas competências, é mais presente na DCN da medicina. O atributo acessibilidade merece destaque na DCN da medicina, em evidência quando comparada aos outros cursos.

Algumas competências específicas constantes nos textos destes cursos merecem ser destacadas: no texto da medicina encontramos a competência “trabalho colaborativo em equipes de saúde, respeitando normas institucionais dos ambientes de trabalho e agindo com compromisso ético-profissional, superando a fragmentação do processo de trabalho em saúde”, sendo este termo “trabalho colaborativo” não encontrado nas outras DCN. A competência “cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro” demonstra certa preocupação com a saúde deste trabalhador, também nada encontrado nas DCN analisadas, e por fim, a competência “Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”, presente na DCN da TO, conceituando integralidade, não encontrado em nenhum outro curso analisado.

Na análise da PNAB, podemos identificar que nas atribuições comuns, está mais presente o atributo da coordenação, não o da integralidade como na DCN, e o atributo acesso ganha destaque com a competência (unidade de análise) “garantir a atenção à saúde buscando a garantia de atendimento da demanda espontânea”.

Nas atribuições do NASF, encontramos o mesmo “comportamento” dos atributos, como na DCN da TO: a integralidade presente na maioria das competências relacionadas, seguida da longitudinalidade, sem a presença dos atributos acesso e coordenação.

Nas atribuições do enfermeiro, somente o atributo da integralidade é relacionado com as atribuições. Na DCN, entre todos os outros presentes, este atributo também é o mais relacionado, como na PNAB.

E por fim, nas atribuições do profissional médico, os atributos da integralidade e longitudinalidade estão relacionados à duas competências/atribuições. De modo diferente, a coordenação, atributo muito presente na DCN deste curso, não é encontrada na PNAB desta profissão.

5.4 COMPARAÇÃO DAS ANÁLISES NOS CURSOS/PROFISSÕES

Apesar do número de textos na PNAB (4) ser maior do que o número de textos analisados na DCN (3), a frequência dos atributos no documento da PNAB é maior do que nos documentos das DCN. Porém, a prática do profissional que atua na atenção básica (principalmente médicos e equipe NASF) não são abordados de maneira aprofundada no texto da PNAB.

Nos trechos analisados da PNAB, não foram relacionados os atributos da "coordenação" e "acessibilidade" nas atribuições específicas, somente nas atribuições comuns. Porém, no texto das DCN para os três cursos analisados, estes atributos estão presentes, mesmo nas competências específicas, com exceção do atributo da "acessibilidade" para a DCN da medicina, como demonstrado na Tabela 7 a seguir.

Tabela 7. Análise comparativa frequência de categorias de análise de acordo com competências selecionadas nas DCN cursos de graduação medicina enfermagem e terapia ocupacional.

Unidades de Análise	Enfermagem (48)		TO (69)		Medicina (77)	
Categorias	N	%	N	%	N	%
Integralidade	13	27%	13	19%	12	16%
Longitudinalidade	1	2,1%	1	1,4%	2	3%
Acesso	1	2,1%	1	1,4%	0	0%
Coordenação	2	4,2%	2	2,9%	7	9%

Fonte: Organizado pelo autor.

O atributo da integralidade, também princípio do SUS, é o mais presente em ambas as análises dos objetos de estudo desta pesquisa, com maior participação na enfermagem.

Todos os documentos analisados e vigentes até 2015 mostraram-se instrumentos normativos para assegurar sobretudo a integralidade (princípio do SUS e da APS) e apontam para atributos da APS.

6. DISCUSSÃO

Neste momento em que o SUS completa 30 anos, a formação de recursos humanos para atuação na APS, com profissionais com conhecimento e interesse em atuar nesta área, torna-se um desafio. A discussão a respeito desta formação ganha força quando associada a existência de uma política que regula a APS no país, a PNAB. A pesquisa OPAS, que motivou a elaboração desta dissertação, abordou os aspectos da regulação e da formação em saúde, pois estes eixos devem articular-se para o desenvolvimento de uma prática de qualidade na saúde.

Olhar para as DCN dos cursos de graduação na saúde, identificar nestes documentos a orientação para um modelo de ensino-serviço na formação deste profissional que atuará na APS, e olhar para a PNAB como controle formal da sociedade, visando uma regulação forte, faz-se necessário neste momento.

AS DCN para os cursos de graduação são documentos que definem e orientam a formação dos profissionais, com o objetivo de construir conhecimento para o "exercício de competências". No caso das profissões de saúde, estas competências devem proporcionar a capacidade para atuar nas necessidades de saúde da população e comunidade.

Nas DCN de enfermagem e terapia ocupacional há citações como proporcionar "integralidade nas ações" e na medicina, há presença do termo "saúde integral do ser humano" e "qualidade na humanização do atendimento". A formação ensino-serviço proposta por Ceccim e Feuerwerker (2004) é encontrada na DCN da medicina com maior destaque, propondo vivência na atenção básica por 2 anos durante a formação. Nas DCN de enfermagem e TO há citação da atuação do profissional no SUS e na rede básica de saúde, mas não é encontrada citação a respeito da formação ensino-serviço, ou seja, de estágio de formação na APS.

A PNAB propõe uma atenção básica "ordenadora das redes de atenção", reforça a intersetorialidade e a promoção da saúde (principalmente através do Programa Saúde na Escola), em territórios definidos e como porta de entrada do sistema de saúde. Conceitua a atenção básica "por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades" (BRASIL, 2011).

Vale ressaltar que os documentos das DCN de enfermagem e TO analisados foram elaborados anteriormente à primeira versão da PNAB. Em contrapartida, a nova DCN do curso de medicina foi elaborada após a publicação da PNAB de 2011. Diante do exposto, podemos caracterizar como limitação da pesquisa as datas e publicações dos objetos de estudo, em diferentes contextos históricos e políticos: uma nova DCN do curso de medicina

publicada após 13 anos e DCN de enfermagem e terapia ocupacional publicadas em 2001, além da nova versão da PNAB publicada em 2017 (não analisada nesta pesquisa) e uma nova DCN do curso de terapia ocupacional em tramitação no Conselho Nacional de Educação, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em dezembro de 2020.

A partir dos atributos da APS propostos por Starfield (2002) na literatura, podemos destacar a forte presença do atributo da integralidade em todos os documentos analisados nesta pesquisa, bem como constatar que este mesmo atributo é o único em comum com os princípios do SUS.

Em avaliação da satisfação e insatisfação dos profissionais na atenção básica nas equipes de ESF e no modelo tradicional, Lima et al. (2014) relata que os motivos de satisfação no trabalho na ESF foram a "resolubilidade na assistência", seguidos por "trabalhar em equipe" e "gostar do que faz". Os motivos de insatisfação foram "déficit nos instrumentos de trabalho e no ambiente/área física da UBS", "problemas na relação com os usuários, incluindo agressão", "problemas no trabalho em equipe e na capacitação para trabalhar em equipe", "problemas no sistema de referência e contra referência e no suporte técnico" e "centralidade no trabalho/assistência médica", entre outros.

Enfim, os resultados mostram que "a satisfação no trabalho é fortemente influenciada por três fatores: realizar um trabalho com o qual se tem afinidade, o "gostar do que faz"; a "resolubilidade da assistência", o que no caso da saúde tem forte relação com a satisfação dos usuários; e em terceiro lugar o trabalho em equipe. Além dos três motivos de satisfação mencionados, destacou-se, na ESF, o estabelecimento de vínculo entre os membros da própria equipe, e destes com os usuários" (Lima et al., 2014, p.22).

Com base nos resultados relatados neste artigo, podemos inferir que o "gostar do que faz" requer competências e habilidades pessoais necessárias para o estabelecimento do vínculo, do afeto. A "resolubilidade da assistência" e "trabalho em equipe" reforçam a necessidade da presença de competências categorizadas com o atributo da longitudinalidade. Do mesmo modo, a insatisfação referida também compreende o atributo da longitudinalidade.

Este atributo nas DCN analisadas representa 0,4% (análise lexical) e não está presente nas atribuições dos profissionais na PNAB. Na análise de conteúdo, este atributo foi relacionado a quatro atribuições dos profissionais. Segundo Cunha e Giovanella (2011), a presença deste atributo contribui com a satisfação do usuário, o que influencia na avaliação dos serviços, como já citado anteriormente nesta dissertação.

Portanto, a presença de competências (que possam ser categorizadas pelos atributos da APS) em documentos regulatórios, podem contribuir com uma prática profissional que torne a APS atrativa para os profissionais e sentidas com qualidade pelos usuários, refletindo na gestão destes serviços.

Através dos resultados obtidos durante a execução deste trabalho e formulação desta dissertação foi redigido e submetido para publicação um artigo intitulado: “Aspectos históricos da criação e regulação das profissões da saúde de nível superior no Brasil”. Este artigo descreve e analisa como surgem e se organizam as profissões de saúde no Brasil, do ponto de vista jurídico, bem como a legislação de criação e regulação das 14 profissões da saúde de nível superior no Brasil. Após serem apresentados os marcos legais de criação das profissões e dos Conselhos Profissionais (CP) foi apresentada a regulamentação infralegal dos CP sobre as especialidades no contexto nacional, explicitando as diferenças entre especialidades e especializações e residências. Os documentos descritos neste artigo submetido evidenciam rupturas e permanências entre as ideias de corporações, CP e especialidades, nos levando a necessidade de um novo salto de conhecimento e reflexão, acrescentando a estes, as competências elencadas nos documentos das DCN analisadas nesta dissertação.

7. CONCLUSÃO

Devemos devolver a população um serviço de saúde com qualidade, articular políticas de educação e saúde e fortalecer a APS. A participação e o controle social em políticas públicas é uma das formas mais democráticas de participação da sociedade na gestão dos serviços de saúde (Rolim et al., 2013), em todas as esferas de governo. Esta mesma sociedade é quem identifica suas necessidades de saúde, suas dificuldades, e que deve ser orientada na busca de seus direitos.

As DCN e a PNAB como controles formais da sociedade, contemplam a participação e controle sociais.

A necessidade da presença de atributos da APS nas competências das DCN e nas atribuições dos profissionais na PNAB reforça a necessidade de repensarmos os documentos que regulam a formação e buscarmos a elaboração de novas versões, viabilizando a prática colaborativa na saúde, já que estes atributos permitem a articulação entre as práticas profissionais.

As análises realizadas nesta pesquisa, contribuem para reforçar a necessidade de permanências de conteúdo e de processo propositivo envolvido na DCN e PNAB para a manutenção do SUS, sobretudo agora com o risco iminente de rupturas do cenário atual.

Na prática, pretende contribuir com o processo ensino-aprendizagem em saúde, como conhecimento na reflexão para a elaboração de políticas públicas na saúde e na educação e na elaboração de documentos como controles formais da sociedade, promovendo avanços na integração necessária entre a formação, o exercício profissional e as políticas públicas.

8. ANEXO

Tabela 8. Normas de informação sobre a investigação qualitativa (SRQR).

Nº	Topic	Item	Página
	Title and abstract		
S1	*Title* Título	Descrição concisa da natureza e do tema do estudo que identifica o estudo como qualitativo ou indicando a abordagem (por exemplo, etnografia, teoria fundamentada) ou métodos de coleta de dados (por exemplo, entrevista, grupo focal)	1
S2	*Abstract* Sumário	Resumo dos elementos-chave do estudo utilizando o formato abstrato da publicação pretendida; normalmente inclui plano de fundo, finalidade, métodos, resultados e conclusões	8
	Introduction		
S3	*Problem formulation* Formulação do problema	Descrição e significância do problema/ fenómeno estudado; análise da teoria pertinente e do trabalho empírico; declaração de problema	29,40
S4	*Purpose of research question* Pergunta da pesquisa	Objetivo do estudo, objetivos gerais e específicos	42
	Methods		
S5	*Qualitative approach and research paradigma* Abordagem qualitativa e paradigma da pesquisa	Qual a abordagem qualitativa e a teoria que fundamenta a pesquisa	47-50
S6	*Researcher characteristics and reflexivity* Características e" reflexões" do pesquisador	As características dos pesquisadores que podem influenciar a pesquisa, incluindo atributos pessoais, qualificações/experiência, relacionamento com participantes, suposições e/ou pressupostos; potencial ou real interação entre as características dos pesquisadores e as questões de pesquisa, abordagem, métodos, resultados e/ou transferência	26-26,43
S7	*Context* Contexto	Contexto, local, fatores contextuais	44-45
S8	Sampling strategy Estratégia de amostragem	Como e por que os, documentos de pesquisa foram selecionados; critérios para decidir quando não foi necessária outra amostragem (por exemplo, saturação de amostragem)	48
S9	Ethical issues pertaining to human subjects Questões éticas	Comitê de ética, documentação	45

Nº	Topic	Item	Página
	Title and abstract		
S10	*Data collection methods* Método de coleta de dados	Tipos de dados recolhidos; detalhes dos procedimentos de coleta de dados incluindo (conforme o caso) as datas de início e de parada de coleta e análise de dados, processo iterativo, triangulação de fontes/métodos e modificação de procedimentos em resposta a resultados de estudos em evolução;	46-56
S11	*Data collection instruments and Technologies* Instrumentos e tecnologias para coleta de dados	Descrição dos instrumentos (por exemplo, guias de entrevista, questionários) e dispositivos (por exemplo, gravadores de áudio) utilizados para a recolha de dados; se/como o instrumento (s) mudou ao longo do curso do estudo	Não se aplica
S12	*Units of study* Unidades de estudo	Número e características relevantes de participantes, documentos ou eventos incluídos no estudo; nível de participação (pode ser relatado nos resultados)	45
S13	Data processing Dados processados	Métodos de processamento de dados antes e durante a análise, incluindo transcrição, entrada de dados, gerenciamento de dados e segurança, verificação de integridade de dados, codificação de dados e anonimato/desidentificação de trechos	47,52
S14	Data analysis Análise dos dados	Processo pelo qual inferências, temas, etc., foram identificados e desenvolvidos, incluindo os pesquisadores envolvidos na análise de dados; geralmente referência um paradigma ou abordagem específica;	52
S15	Techniques to enhance trustworthiness Técnicas para aumentar a fidelidade da pesquisa	Técnicas para confiabilidade da pesquisa Técnicas para melhorar a confiabilidade e a credibilidade da análise de dados	46
	Results/Findings Resultados	Principais achados (por exemplo, interpretações, inferências e temas); pode incluir o desenvolvimento de uma teoria ou modelo, ou a integração com a pesquisa prévia ou teoria	53,57-89
S16	*Synthesis and interpretation* Síntese e interpretação	Principais constatações (por exemplo, interpretações, inferências e temas); pode incluir o desenvolvimento de uma teoria ou modelo, ou integração com a pesquisa prévia ou teoria	51
S17	*Links to empirical data links* Links para dados empíricos	Provas (por exemplo, citações, notas de campo, trechos de texto, fotografias) para fundamentar os resultados analíticos	87

Nº	Topic	Item	Página
	Discussion Discussão		
S18	Integration with prior work, implications, transferability, and contribution(s) to the field Integração com trabalho prévio, implicações, transferibilidade e contribuição (s) para o campo.	Breve resumo das principais descobertas; explicação de como os resultados e conclusões se conectam, apoiam, elaboram ou desafiam conclusões de uma bolsa de estudos anterior; discussão do âmbito de aplicação/Generalização; identificação de contribuição única (s) para bolsa de estudos em uma disciplina	92
S19	*Limitations* *Limitações*	Confiabilidade e limitação dos resultados	91
S20	*Conflicts of interest* conflitos de interesse	Potenciais fontes de influência ou influência percebida na conduta e nas conclusões do estudo; como estes foram geridos	95
S21	*Funding* Fontes de financiamento e outros apoios; papel dos financiadores na recolha de dados, interpretação e relatórios Financiamento		45

Fonte: Adaptado de Bridget et al. (2014).

Quadro 10. Categorias atributos APS. Resolução CNE/CES n° 3, 20 de junho de 2014 – DCN Medicina.

Área de competência	Subárea	Ações-chave	Desempenhos	Respectivos Descritores (unidades de análise)	Categorias Atributos APS
Atenção à Saúde	Atenção às necessidades individuais de saúde	Identificação de necessidades de saúde	Realização da história clínica	a) estabelecimento de relação profissional ética no contato com as pessoas sob seus cuidados, familiares ou responsáveis;	integralidade
				b) identificação de situações de emergência, desde o início do contato, atuando de modo a preservar a saúde e a integridade física e mental das pessoas sob cuidado;	
				c) orientação do atendimento às necessidades de saúde, sendo capaz de combinar o conhecimento clínico e as evidências científicas, com o entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa;	
				d) utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico, estimulando o relato espontâneo da pessoa sob cuidados, tendo em conta os aspectos psicológicos, culturais e contextuais, sua história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sócio- familiares, assegurando a privacidade e o conforto;	
				e) favorecimento da construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados trazidos pela pessoa sob seus cuidados e responsáveis, possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado;	longitudinalidade
				f) identificação dos motivos ou queixas, evitando julgamentos, considerando o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de práticas culturais de cura em saúde, de matriz afro-indígena-brasileira e de outras relacionadas ao processo saúde-doença;	
				g) orientação e organização da anamnese, utilizando o raciocínio clínico-epidemiológico, a técnica semiológica e o conhecimento das evidências científicas;	

Área de competência	Subárea	Ações-chave	Desempenhos	Respectivos Descritores (unidades de análise)	Categorias Atributos APS
Atenção à Saúde	Atenção às necessidades individuais de saúde	Identificação de necessidades de saúde		h) investigação de sinais e sintomas, repercussões da situação, hábitos, fatores de risco, exposição às iniquidades econômicas e sociais e de saúde, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares; e i) registro dos dados relevantes da anamnese no prontuário de forma clara e legível.	coordenação
			Realização do exame físico	a) esclarecimento sobre os procedimentos, manobras ou técnicas do exame físico ou exames diagnósticos, obtendo consentimento da pessoa sob seus cuidados ou do responsável; b) cuidado máximo com a segurança, privacidade e conforto da pessoa sob seus cuidados; c) postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, apalpação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência; e d) esclarecimento, à pessoa sob seus cuidados ou ao responsável por ela, sobre os sinais verificados, registrando as informações no prontuário, de modo legível.	coordenação
				a) estabelecimento de hipóteses diagnósticas mais prováveis, relacionando os dados da história e exames clínicos; b) prognóstico dos problemas da pessoa sob seus cuidados, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental e outros pertinentes; c) informação e esclarecimento das hipóteses estabelecidas, de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis;	coordenação
			Formulação de hipóteses e priorização de problemas	a) estabelecimento de hipóteses diagnósticas mais prováveis, relacionando os dados da história e exames clínicos; b) prognóstico dos problemas da pessoa sob seus cuidados, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental e outros pertinentes; c) informação e esclarecimento das hipóteses estabelecidas, de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis; d) estabelecimento de oportunidades na comunicação para mediar conflito e conciliar possíveis visões divergentes entre profissionais de saúde, pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis; e e) compartilhamento do processo terapêutico e negociação do tratamento com a possível inclusão das práticas populares de saúde, que podem ter sido testadas ou que não causem dano.	coordenaçao
			Promoção de investigação diagnóstica	a) proposição e explicação, à pessoa sob cuidado ou responsável, sobre a investigação diagnóstica para ampliar, confirmar ou afastar hipóteses diagnósticas, incluindo as indicações de realização de aconselhamento genético. b) solicitação de exames complementares, com base nas melhores evidências científicas, conforme as necessidades da pessoa sob seus cuidados, avaliando sua possibilidade de acesso aos testes necessários; c) avaliação singularizada das condições de segurança da pessoa sob seus cuidados, considerando-se eficiência, eficácia e efetividade dos exames;	

Área de competência	Subárea	Ações-chave	Desempenhos	Respectivos Descritores (unidades de análise)	Categorias Atributos APS
Atenção à Saúde	Atenção às necessidades individuais de saúde	Identificação de necessidades de saúde	Promoção de investigação diagnóstica	d) interpretação dos resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto da pessoa sob seus cuidados; e	
				e) registro e atualização, no prontuário, da investigação diagnóstica, de forma clara e objetiva.	coordenação
		Desenvolvimento e avaliação de planos terapêuticos	Elaboração e implementação de planos terapêuticos	estabelecimento, a partir do raciocínio clínico-epidemiológico em contextos específicos, de planos terapêuticos, contemplando as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação;	integralidade
				discussão do plano, suas implicações e o prognóstico, segundo as melhores evidências científicas, as práticas culturais de cuidado e cura da pessoa sob seus cuidados e as necessidades individuais e coletivas;	integralidade
				promoção do diálogo entre as necessidades referidas pela pessoa sob seus cuidados ou responsável, e as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde, estimulando a pessoa sob seus cuidados a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado;	integralidade
				estabelecimento de pacto sobre as ações de cuidado, promovendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário;	integralidade
				implementação das ações pactuadas e disponibilização das prescrições e orientações legíveis, estabelecendo e negociando o acompanhamento ou encaminhamento da pessoa sob seus cuidados com justificativa;	longitudinalidade
				informação sobre situações de notificação compulsória aos setores responsáveis;	
				consideração da relação custo-efetividade das intervenções realizadas, explicando-as às pessoas sob cuidado e familiares, tendo em vista as escolhas possíveis;	
				atuação autônoma e competente nas situações de emergência mais prevalentes de ameaça à vida; e	
				exercício competente em defesa da vida e dos direitos das pessoas.	
			Acompanhamento e avaliação de planos terapêuticos	acompanhamento e avaliação da efetividade das intervenções realizadas e	
				consideração da avaliação da pessoa sob seus cuidados ou do responsável em relação aos resultados obtidos, analisando dificuldades e valorizando conquistas;	
				favorecimento do envolvimento da equipe de saúde na análise das estratégias de cuidado e resultados obtidos;	
				revisão do diagnóstico e do plano terapêutico, sempre que necessário;	
				explicação e orientação sobre os encaminhamentos ou a alta, verificando a compreensão da pessoa sob seus cuidados ou responsável; e	
				registro do acompanhamento e da avaliação do plano no prontuário, buscando torná-lo um instrumento orientador do cuidado integral da pessoa sob seus cuidados.	coordenação

Área de competência	Subárea	Ações-chave	Desempenhos	Respectivos Descritores (unidades de análise)	Categorias Atributos APS
Atenção à Saúde	Atenção às necessidades de saúde coletiva	Investigação de problemas de saúde coletiva	Análise das necessidades de saúde de grupos de pessoas e as condições de vida e de saúde das comunidades	I - Acesso e utilização de dados secundários ou informações que incluam o contexto político, cultural, discriminações institucionais, socioeconômico, ambiental e das relações, movimentos e valores de populações, em seu território, visando ampliar a explicação de causas, efeitos e baseado na determinação social no processo saúde- doença, assim como seu enfrentamento;	coordenação
				II - Relacionamento dos dados e das informações obtidas, articulando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais relacionados ao adoecimento e à vulnerabilidade de grupos; e	coordenação
				III - estabelecimento de diagnóstico de saúde e priorização de problemas, considerando sua magnitude, existência de recursos para o seu enfrentamento e importância técnica, cultural e política do contexto.	
		Desenvolvimento e avaliação de projetos de intervenção coletiva		I - participação na discussão e construção de projetos de intervenção em grupos sociais, orientando-se para melhoria dos indicadores de saúde, considerando sempre sua autonomia e aspectos culturais;	
				II - estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde;	integralidade
				III - estímulo à inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes de segmentos sociais envolvidos na elaboração dos projetos em saúde;	
				IV - promoção do desenvolvimento de planos orientados para os problemas priorizados;	
				V - participação na implementação de ações, considerando metas, prazos, responsabilidades, orçamento e factibilidade; e	
				VI - participação no planejamento e avaliação dos projetos e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), prestando contas e promovendo ajustes, orientados à melhoria da saúde coletiva.	
Gestão em Saúde	Organização do trabalho em saúde		Identificação do processo de trabalho	a) identificação da história da saúde, das políticas públicas de saúde no Brasil, da Reforma Sanitária, dos princípios do SUS e de desafios na organização do trabalho em saúde, considerando seus princípios, diretrizes e políticas de saúde	
				b) identificação de oportunidades e de desafios na organização do trabalho nas redes de serviços de saúde, reconhecendo o conceito ampliado de saúde, no qual todos os cenários em que se produz saúde são ambientes relevantes e neles se deve assumir e propiciar compromissos com a qualidade, integralidade e continuidade da atenção;	integralidade
				c) utilização de diversas fontes para identificar problemas no processo de trabalho, incluindo a perspectiva dos profissionais e dos usuários e a análise de indicadores e do modelo de gestão, de modo a identificar risco e vulnerabilidade de pessoas, famílias e grupos sociais;	
				d) incluir a perspectiva dos usuários, família e comunidade, favorecendo sua maior autonomia na decisão do plano terapêutico, respeitando seu processo de planejamento e de decisão considerando-se, ainda, os seus valores e crenças;	
				e) trabalho colaborativo em equipes de saúde, respeitando normas institucionais dos ambientes de trabalho e agindo com compromisso ético-profissional, superando a fragmentação do processo de trabalho em saúde;	integralidade

Área de competência	Subárea	Ações-chave	Desempenhos	Respectivos Descritores (unidades de análise)	Categorias Atributos APS
Gestão em Saúde	Organização do trabalho em saúde			f) participação na priorização de problemas, identificando a relevância, magnitude e urgência, as implicações imediatas e potenciais, a estrutura e os recursos disponíveis; e	
				g) abertura para opiniões diferentes e respeito à diversidade de valores, de papéis e de responsabilidades no cuidado à saúde	
			Elaboração e implementação de planos de intervenção	a) participação em conjunto com usuários, movimentos sociais, profissionais de saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores na elaboração de planos de intervenção para o enfrentamento dos problemas priorizados, visando melhorar a organização do processo de trabalho e da atenção à saúde;	integralidade
				b) apoio à criatividade e à inovação, na construção de planos de intervenção;	
				c) participação na implementação das ações, favorecendo a tomada de decisão, baseada em evidências científicas, na eficiência, na eficácia e na efetividade do trabalho em saúde; e	
				d) participação na negociação e avaliação de metas para os planos de intervenção, considerando as políticas de saúde vigentes, os colegiados de gestão e de controle social.	
			Gerenciamento do cuidado em saúde	a) promoção da integralidade da atenção à saúde individual e coletiva, articulando as ações de cuidado, no contexto dos serviços próprios e conveniados ao SUS;	Integralidade
				b) utilização das melhores evidências e dos protocolos e diretrizes cientificamente reconhecidos, para promover o máximo benefício à saúde das pessoas e coletivos, segundo padrões de qualidade e de segurança; e	
				c) favorecimento da articulação de ações, profissionais e serviços, apoiando a implantação de dispositivos e ferramentas que promovam a organização de sistemas integrados de saúde.	integralidade
Gestão em Saúde	Acompanhamento e avaliação do trabalho em saúde		Monitoramento de planos e avaliação do trabalho em saúde	a) participação em espaços formais de reflexão coletiva sobre o processo de trabalho em saúde e sobre os planos de intervenção;	
				b) monitoramento da realização de planos, identificando conquistas e dificuldades;	
				c) avaliação do trabalho em saúde, utilizando indicadores e relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de acreditação e certificação;	
				d) utilização dos resultados da avaliação para promover ajustes e novas ações, mantendo os planos permanentemente atualizados e o trabalho em saúde em constante aprimoramento;	
				e) formulação e recepção de críticas, de modo respeitoso, valorizando o esforço de cada um e favorecendo a construção de um ambiente solidário de trabalho; e	
				f) estímulo ao compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura organizacional, no sentido da defesa da cidadania e do direito à saúde.	
Educação em Saúde	Identificação de necessidades de aprendizagem individual e coletiva			I - estímulo à curiosidade e ao desenvolvimento da capacidade de aprender com todos os envolvidos, em todos os momentos do trabalho em saúde; e	
				II - identificação das necessidades de aprendizagem próprias, das pessoas sob seus cuidados e responsáveis, dos cuidadores, dos familiares, da equipe multiprofissional de trabalho, de grupos sociais ou da comunidade, a partir de uma situação significativa e respeitando o conhecimento prévio e o contexto sociocultural de cada um.	Integralidade

Área de competência	Subárea	Ações-chave	Desempenhos	Respectivos Descritores (unidades de análise)	Categorias Atributos APS
Educação em Saúde	Promoção da construção e socialização do conhecimento			I - postura aberta à transformação do conhecimento e da própria prática;	
				II - escolha de estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades de aprendizagem identificadas, considerando idade, escolaridade e inserção sociocultural das pessoas;	
				III - orientação e compartilhamento de conhecimentos com pessoas sob seus cuidados, responsáveis, familiares, grupos e outros profissionais, levando em conta o interesse de cada segmento, no sentido de construir novos significados para o cuidado à saúde; e	
				IV - estímulo à construção coletiva de conhecimento em todas as oportunidades do processo de trabalho, propiciando espaços formais de educação continuada, participando da formação de futuros profissionais.	
	Promoção do pensamento científico e crítico e apoio a produção de novos conhecimentos			I - utilização dos desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico, formulando perguntas e hipóteses e buscando dados e informações;	
				II - análise crítica de fontes, métodos e resultados, no sentido de avaliar evidências e práticas no cuidado, na gestão do trabalho e na educação de profissionais de saúde, pessoa sob seus cuidados, famílias e responsáveis;	
				III - identificação da necessidade de produção de novos conhecimentos em saúde, a partir do diálogo entre a própria prática, a produção científica e o desenvolvimento tecnológico disponíveis; e	
				IV - favorecimento ao desenvolvimento científico e tecnológico voltado para a atenção das necessidades de saúde individuais e coletivas, por meio da disseminação das melhores práticas e do apoio à realização de pesquisas de interesse da sociedade.	

Fonte: Organizado pelo autor.

Quadro 11. Categorias atributos APS Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001 - Enfermagem.

COMPETÊNCIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS ATRIBUTOS APS
1. Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.	Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.	Integralidade
	Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada com as demais instâncias do sistema de saúde	Integralidade
	Cada profissional deve assegurar sua prática {de forma contínua} com as demais instâncias do sistema de saúde	Longitudinalidade
2.Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.	o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas.	
	os mesmos devem possuir competências e habilidades sistematizar as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.	
3. Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.	os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral	Acessibilidade
	A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura	
	o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.	

COMPETÊNCIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS ATRIBUTOS APS
4. Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz	no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz	
5. Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.	os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração de informação	Coordenação
6. Educação permanente :os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.	Educação permanente	
7. Atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas.	Atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas.	
8. Incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional.	Incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional.	
9. Estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões.	Estabelecer novas relações com o contexto social Reconhecer a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões.	
10. Desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional.	Desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional.	
11. Compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações.	Compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações.	

COMPETÊNCIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS ATRIBUTOS APS
12. Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema	Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida	
	atuar de forma a garantir a integralidade da assistência	Integralidade
13. Atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso	Atuar nos programas de assistência integral à saúde/ da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso	Integralidade
14. Ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança.	Ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde	
	ser capaz de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança.	
15. Reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde.	Reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde.	
16. Atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos.	Atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos.	
17. Responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades.	Responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde	Integralidade
	atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades	Integralidade
18. Reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem	Reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem	
19. Assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.	Assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.	
20. Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social.	Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade	Integralidade
21. Usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem.	Usar adequadamente novas tecnologias tanto de informação e comunicação,	

COMPETÊNCIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS ATRIBUTOS APS
22. Atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico.	Atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico.	
23. Identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes.	Identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes.	Integralidade
24. Intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.	Intervir no processo de saúde-doença responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência	Integralidade
25. Coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde.	Coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde.	
26. Prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade.	Prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade.	Integralidade
27. Compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários.	Compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários	
28. Integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais.	Integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais.	Coordenação
29. Gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional	Gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética Gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional	
30. Planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde.	Planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde.	

COMPETÊNCIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS ATRIBUTOS APS
31. Planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento.	Planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde	Integralidade
32. Desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional.	Desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional.	
33. Respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão.	Respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão.	
34. Interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo.	Interferir na dinâmica de trabalho institucional reconhecendo-se como agente desse processo.	
35. Utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde.	Utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde.	
36. Participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde.	Participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde.	
37. Assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde.	Assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde.	
38. Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro.	Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro.	
39. Reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.	Reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.	
Parágrafo Único. A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.	A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.	Integralidade Integralidade

Fonte: Organizado pelo autor.

Quadro 12. Categorias atributos APS. Resolução CNE/CES n°6, 19 fevereiro de 2002 – DCN TO (Continuação).

COMPETÊNCIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS ATRIBUTOS APS
1. Atenção à saúde	os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo	Integralidade
	Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada com as demais instâncias do sistema de saúde	Integralidade
	prática seja realizada de forma contínua com as demais instâncias do sistema de saúde	Longitudinalidade
	sendo capaz de pensar criticamente	
	analisar os problemas da sociedade	
	e de procurar soluções para os problemas da sociedade	
	Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética	
	tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo	Integralidade
2. Tomada de decisões	o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas	
	[os profissionais de saúde] devem possuir competências e habilidades para sistematizar as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas	
	[os profissionais de saúde] devem possuir competências e habilidades para avaliar as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas	
	[os profissionais de saúde] devem possuir competências e habilidades para decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas	
3. Comunicação	os profissionais de saúde devem ser acessíveis [na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral]	Acessibilidade
	[os profissionais de saúde] devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral	
	A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura	
	o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira	
	o domínio de tecnologias de comunicação e informação	
4. Liderança	no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade	Integralidade
	A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz	

COMPETÊNCIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS ATRIBUTOS APS
5. Administração e gerenciamento	os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas [os profissionais devem estar aptos] a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde	
6. Educação permanente	os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática os profissionais de saúde devem aprender a aprender [os profissionais de saúde devem] ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/ profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais	
7. Relacionar a problemática específica da população com a qual trabalhará, com os seus processos sociais, culturais e políticos e perceber que a emancipação e a autonomia da população atendida são os principais objetivos a serem atingidos pelos planos de ação e tratamento	Relacionar a problemática específica da população com a qual trabalhará, com os seus processos sociais, culturais e políticos perceber que a emancipação e a autonomia da população atendida são os principais objetivos a serem atingidos pelos planos de ação e tratamento	Integralidade
8. Conhecer os fatores sociais, econômicos, culturais e políticos da vida do país, fundamentais à cidadania e a prática profissional	Conhecer os fatores sociais, econômicos, culturais e políticos da vida do país, fundamentais à cidadania e a prática profissional	
9. Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema	Reconhecer a saúde como direito atuar de forma a garantir a integralidade* da assistência (*explica integralidade)	Integralidade
10. Compreender as relações saúde-sociedade como também as relações de exclusão--inclusão social, bem como participar da formulação e implementação das políticas sociais, sejam estas setoriais (políticas de saúde, infância e adolescência, educação, trabalho, promoção social, etc) ou intersetoriais	Compreender as relações saúde-sociedade como também as relações de exclusão-inclusão social participar da formulação e implementação das políticas sociais, sejam estas setoriais participar da formulação e implementação das políticas sociais intersetoriais	Integralidade

COMPETÊNCIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS ATRIBUTOS APS
11. Reconhecer as intensas modificações nas relações societárias, de trabalho e comunicação em âmbito mundial assim como entender os desafios que tais mudanças contemporâneas virão a trazer	Reconhecer as intensas modificações nas relações societárias, de trabalho e comunicação em âmbito mundial	Integralidade
	entender os desafios que tais mudanças contemporâneas virão a trazer	Integralidade
12. Inserir-se profissionalmente nos diversos níveis de atenção à saúde, atuando em programas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, assim como em programas de promoção e inclusão social, educação e reabilitação	Inserir-se profissionalmente nos diversos níveis de atenção à saúde	
	atuando em programas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, assim como em programas de promoção e inclusão social, educação e reabilitação	Integralidade
13. Explorar recursos pessoais, técnicos e profissionais para a condução de processos terapêuticos numa perspectiva interdisciplinar	Explorar recursos pessoais, técnicos e profissionais para a condução de processos terapêuticos	
	condução de processos terapêuticos numa perspectiva interdisciplinar	Integralidade
14. Compreender o processo de construção do fazer humano, isto é, de como o homem realiza suas escolhas ocupacionais, utiliza e desenvolve suas habilidades, se reconhece e reconhece a sua ação	Compreender o processo de construção do fazer humano	
15. Identificar, entender, analisar e interpretar as desordens da dimensão ocupacional do ser humano e a utilizar, como instrumento de intervenção, as diferentes atividades humanas quais sejam as artes, o trabalho, o lazer, a cultura, as atividades artesanais, o autocuidado, as atividades cotidianas e sociais, dentre outras	Identificar desordens da dimensão ocupacional do ser humano	
	entender as desordens da dimensão ocupacional do ser humano	
	analisar as desordens da dimensão ocupacional do ser humano	
	e interpretar as desordens da dimensão ocupacional do ser humano	
	Utilizar o raciocínio terapêutico ocupacional para realizar a análise da situação na qual se propõe a intervir, o diagnóstico clínico e/ou institucional, a intervenção propriamente dita, a escolha da abordagem terapêutica apropriada e a avaliação dos resultados alcançados	
16. Utilizar o raciocínio terapêutico ocupacional para realizar a análise da situação na qual se propõe a intervir, o diagnóstico clínico e/ou institucional, a intervenção propriamente dita, a escolha da abordagem terapêutica apropriada e a avaliação dos resultados alcançados	Utilizar o raciocínio terapêutico ocupacional para realizar a análise da situação na qual se propõe a intervir, o diagnóstico clínico e/ou institucional, a intervenção propriamente dita, a escolha da abordagem terapêutica apropriada e a avaliação dos resultados alcançados	

COMPETÊNCIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS ATRIBUTOS APS
17. Desempenhar atividades de assistência, ensino, pesquisa, planejamento e gestão de serviços e de políticas, de assessoria e consultoria de projetos, empresas e organizações	Desempenhar atividades de assistência Desempenhar atividades de ensino, pesquisa Desempenhar atividades de planejamento e gestão de serviços e de políticas Desempenhar atividades de assessoria e consultoria de projetos, empresas e organizações	
18. Conhecer o processo saúde-doença, nas suas múltiplas determinações contemplando a integração dos aspectos biológicos, sociais, psíquicos, culturais e a percepção do valor dessa integração para a vida de relação e produção	Conhecer o processo saúde-doença, nas suas múltiplas determinações contemplando a integração dos aspectos biológicos, sociais, psíquicos, culturais e a percepção do valor dessa integração para a vida de relação e produção	
19. Conhecer e analisar a estrutura conjuntural da sociedade brasileira em relação ao perfil de produção e da ocupação dos diferentes indivíduos que a compõe	Conhecer e analisar a estrutura conjuntural da sociedade brasileira em relação ao perfil de produção e da ocupação dos diferentes indivíduos que a compõe	
20. Conhecer as políticas sociais (de saúde, educação, trabalho, promoção social e, infância e adolescência) e a inserção do terapeuta ocupacional nesse processo	Conhecer as políticas sociais Conhecer a inserção do terapeuta ocupacional nesse processo. [políticas sociais (de saúde, educação, trabalho, promoção social e, infância e adolescência)]	
21. Conhecer e correlacionar as realidades regionais no que diz respeito ao perfil de morbi-mortalidade e as prioridades assistenciais visando à formulação de estratégias de intervenção em Terapia Ocupacional	Conhecer as realidades regionais no que diz respeito ao perfil de morbi-mortalidade e as prioridades assistenciais correlacionar as realidades regionais no que diz respeito ao perfil de morbi-mortalidade e as prioridades assistenciais formular estratégias de intervenção em Terapia Ocupacional	
22. Conhecer a problemática das populações que apresentam dificuldades temporárias ou permanentes de inserção e participação na vida social	Conhecer a problemática das populações que apresentam dificuldades temporárias ou permanentes de inserção e participação na vida social	
23. Conhecer a influência das diferentes dinâmicas culturais nos processos de inclusão, exclusão e estigmatização	Conhecer a influência das diferentes dinâmicas culturais nos processos de inclusão, exclusão e estigmatização	
24. Conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Terapia Ocupacional e seus diferentes modelos de intervenção	Conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Terapia Ocupacional Conhecer os diferentes modelos de intervenção	
25. Conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos	Conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos	

COMPETÊNCIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS ATRIBUTOS APS
26. Conhecer os princípios éticos que norteiam os terapeutas ocupacionais em relação as suas atividades de pesquisa, à prática profissional, à participação em equipes interprofissionais, bem como às relações terapeuta paciente/cliente/usuário	Conhecer os princípios éticos que norteiam os terapeutas ocupacionais em relação a diferentes cenários Conhecer os princípios éticos que norteiam os TOs em relação as suas atividades de participação em equipes interprofissionais	
27. Conhecer a atuação inter, multi e transdisciplinar e transcultural pautada pelo profissionalismo, ética e equidade de papéis	Conhecer a atuação inter, multi e transdisciplinar e transcultural Conhecer a atuação pautada pelo profissionalismo, ética e equidade de papéis	Integralidade
28. Conhecer os principais métodos de avaliação e registro, formulação de objetivos, estratégias de intervenção e verificação da eficácia das ações propostas em Terapia Ocupacional	Conhecer os principais métodos de avaliação e registro, formulação de objetivos, estratégias de intervenção e verificação da eficácia das ações propostas em Terapia Ocupacional	
29. Conhecer os principais procedimentos e intervenções terapêutico ocupacionais utilizados tais como: atendimentos individuais, grupais, familiares, institucionais, coletivos e comunitários	Conhecer os principais procedimentos e intervenções terapêutico ocupacionais utilizados tais como: atendimentos individuais, grupais, familiares, institucionais, coletivos e comunitários	
30. Desenvolver habilidades pessoais e atitudes necessárias para a prática profissional, a saber: consciência das próprias potencialidades e limitações, adaptabilidade e flexibilidade, equilíbrio emocional, empatia, criticidade, autonomia intelectual e exercício da comunicação verbal e não verbal	Desenvolver consciência das próprias potencialidades e limitações, adaptabilidade e flexibilidade, equilíbrio emocional, empatia, criticidade, autonomia intelectual e exercício da comunicação verbal e não verbal	
31. Desenvolver capacidade de atuar enquanto agente facilitador, transformador e integrador junto às comunidades e agrupamentos sociais através de atitudes permeadas pela noção de complementaridade e inclusão	Desenvolver capacidade de atuar enquanto agente facilitador, transformador e integrador junto às comunidades e agrupamentos sociais Desenvolver capacidade de atuar enquanto agente facilitador através de atitudes permeadas pelas noções de complementariedade e inclusão	

COMPETÊNCIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS ATRIBUTOS APS
32. Conhecer, experimentar, analisar, utilizar e avaliar a estrutura e dinâmica das atividades e trabalho humano, tais como: atividades artesanais, artísticas, corporais, lúdicas, lazer, cotidianas, sociais e culturais	Conhecer a estrutura e dinâmica das atividades e trabalho humano Experimentar a estrutura e dinâmica das atividades e trabalho humano Analisar a estrutura e dinâmica das atividades e trabalho humano Utilizar a estrutura e dinâmica das atividades e trabalho humano Avaliar a estrutura e dinâmica das atividades e trabalho humano	
33. Conhecer as bases conceituais das terapias pelo movimento: neuroevolutivas, neuro-fisiológicas e biomecânicas, psicocorporais, cinesioterápicas entre outras	Conhecer as bases conceituais das terapias pelo movimento	
34. Conhecer a tecnologia assistiva e acessibilidade, através da indicação, confecção e treinamento de dispositivos, adaptações, órteses, próteses e software	Conhecer a tecnologia assistiva e acessibilidade Indicação de dispositivos adaptações órteses próteses software Confecção de dispositivos adaptações órteses próteses software Treinamento de dispositivos adaptações órteses próteses software (método)	
35. Desenvolver atividades profissionais com diferentes grupos populacionais em situação de risco e ou alteração nos aspectos: físico, sensorial, percepto-cognitivo, mental, psíquico e social	Desenvolver atividades profissionais com diferentes grupos populacionais em situação de risco e ou alteração nos aspectos: físico, sensorial, percepto-cognitivo, mental,psiquico e social	
36. Vivenciar atividades profissionais nos diferentes equipamentos sociais e de saúde, sejam hospitais, unidades básicas de saúde, comunidades, instituições em regime aberto ou fechado, creches, centros de referência, convivência e de reabilitação, cooperativas, oficinas, instituições abrigadas e empresas, dentre outros	Vivenciar atividades profissionais nos diferentes equipamentos sociais e de saúde	
37. Conhecer a estrutura anátomo-fisiológica e cinesiológica do ser humano e o processo patológico geral e dos sistemas	Conhecer a estrutura anátomo-fisiológica e cinesiológica do ser humano e o processo patológico geral e dos sistemas	
38. Conhecer a estrutura psíquica do ser humano, enfocada pelos diferentes modelos teóricos da personalidade	Conhecer a estrutura psíquica do ser humano, enfocada pelos diferentes modelos teóricos da personalidade	

COMPETÊNCIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS ATRIBUTOS APS
39. Conhecer o desenvolvimento do ser humano em suas diferentes fases enfocado por várias teorias	Conhecer o desenvolvimento do ser humano em suas diferentes fases enfocado por várias teorias	
40. Conhecer as forças sociais do ambiente, dos movimentos da sociedade e seu impacto sobre os indivíduos	Conhecer as forças sociais do ambiente, dos movimentos da sociedade e seu impacto sobre os indivíduos	
Parágrafo único - A formação do Terapeuta Ocupacional deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe	Parágrafo único - A formação do Terapeuta Ocupacional deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde e o trabalho em equipe [A formação do Terapeuta Ocupacional deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção] no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe	Integralidade Coordenação

Fonte: Organizado pelo autor.

Quadro 13. Categorias atributos APS. PNAB Portaria MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.

ATRIBUIÇÃO COMUM A TODOS OS PROFISSIONAIS	UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS
Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades	Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades	Coordenação
Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local	Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar,de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território	Coordenação
	Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar,de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local	Coordenação
Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros)	Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros)	
Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local	Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local	
Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção da saúde, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde	Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção da saúde, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos	Integralidade
	Garantir a atenção à saúde buscando a garantia de atendimento da demanda espontânea	Acesso
	Garantir a atenção à saúde buscando a realização das ações programáticas, coletivas	
	Garantir a atenção à saúde buscando a vigilância à saúde	

ATRIBUIÇÃO COMUM A TODOS OS PROFISSIONAIS	UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS
Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo	Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades dewsaúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado	Longitudinalidade
	Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo	Longitudinalidade
Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local	Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local	
Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do SUS	Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do SUS	Coordenação
Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade	Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade	Integralidade
Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis	Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis	
Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho	Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho	
Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica	Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica	Coordenação

Fonte: Organizado pelo autor.

Quadro 14. Categorias atributos APS. PNAB Portaria MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.

ATRIBUIÇÃO EQUIPE NASF	UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS
Devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(a) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes	Devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais etc.) e Academia da Saúde; Devem compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes; Devem atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(a) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes	Integralidade
Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (CAPS, Cerest, Ambulatórios Especializados etc.), além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias	Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (CAPS, Cerest, Ambulatórios Especializados etc.), além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias	Integralidade
A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASFe as equipes de Saúde da Família e equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, a ampliando para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas RAS	A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASFe as equipes de Saúde da Família e equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, a ampliando para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas RAS	Longitudinalidade
Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, inter consulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc	Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários	Integralidade
	São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, inter consulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc	Integralidade

ATRIBUIÇÃO EQUIPE NASF	UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS
Os NASF devem utilizar as Academias da Saúde como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica para as ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição	Os NASF devem utilizar as Academias da Saúde como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica para as ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição	Integralidade
Quando presente no NASF, o profissional sanitarista pode reforçar as ações de apoio institucional e ou matricial, ainda que não sejam exclusivas dele, tais como: análise e intervenção conjunta sobre riscos coletivos e vulnerabilidades, apoio à discussão de informações e indicadores e saúde (bem como de eventos sentinela e casos traçadores e analisadores), suporte à organização do processo de trabalho (acolhimento, cuidado continuado programado, ações coletivas, gestão das agendas, articulação com outros pontos de atenção da rede, identificação de necessidades de educação permanente, utilização de dispositivos de gestão do cuidado etc.)	Quando presente no NASF, o profissional sanitarista pode reforçar as ações de apoio institucional e ou matricial, ainda que não sejam exclusivas dele, tais como: análise e intervenção conjunta sobre riscos coletivos e vulnerabilidades, apoio à discussão de informações e indicadores e saúde (bem como de eventos sentinela e casos traçadores e analisadores), suporte à organização do processo de trabalho (acolhimento, cuidado continuado programado, ações coletivas, gestão das agendas, articulação com outros pontos de atenção da rede, identificação de necessidades de educação permanente, utilização de dispositivos de gestão do cuidado etc.)	

Fonte: Organizado pelo autor.

Quadro 15. Categorias atributos APS. PNAB Portaria MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.

ATRIBUIÇÕES ENFERMEIRO	UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS
Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade	Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);	Integralidade
	Realizar atenção à saúde em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;	Integralidade
Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;	Realizar consulta de enfermagem Realizar procedimentos Realizar atividades em grupo Solicitar exames complementares Prescrever medicações Encaminhar usuários a outros serviços quando necessário	Integralidade
Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea	Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea	

ATRIBUIÇÕES ENFERMEIRO	UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS
Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe	Planejar as ações desenvolvidas pelos ACS Gerenciar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe Avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe	
Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe	Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe	
Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS	Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS	

Fonte: Organizado pelo autor.

Quadro 16. Categorias atributos APS. PNAB Portaria MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.

ATRIBUIÇÕES MÉDICO	UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS
Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade	Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade	Integralidade
Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.)	Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.)	
Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea	Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea	
Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles	Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles	Longitudinalidade
Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário	Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário	
Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; e	Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; e	
Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS	Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS	

Fonte: Organizado pelo autor.

REFERÊNCIAS

Aith F. Direito à Saúde e Democracia Sanitária: experiências brasileiras. *Rev. D. Sanit*. 2015;15(3):85-90.

Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2016.

Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care*. 1998;12(2):181-187.

BRASIL. Ministério da Educação - Conselho Nacional de Educação. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação, parecer nº 583/2001. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto n 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis.* 2004;14(1):41-65.

CIHC - Canadian Interprofessional Health Collaborative [homepage na internet]. A National Interprofissional Competency Framework. [acesso em 02 fev 2018]. Disponível em: <http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf.>.

Cotta RMM, Costa GD, Mendonça ET. Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2013;18(6):1847-1856.

Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011;16(Suppl 1):1029-1042.

DAB – Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde [homepage na internet]. Estratégia Saúde da Família. [acesso em 15 ago 2016]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>.

Delors J, et al. Educação: um tesouro a saber. *Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 1997.

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010;376:1923-1958.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeira PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2009;14(3):783-794.

Gonzalez AD, Almeida MJ. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis*. 2010;20(2):551-570.

IRAMUTEQ [homepage na internet]. Tutorial para uso do software. 2016. [acesso em 02 set 2018]. Disponível em: <www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20 portugues_17.03.2016.pdf>.

Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad. Saúde Pública*. 2016;32(8):e00183415.

Lima L, Pires DEP, Forte ECN, Medeiros F. Satisfação e insatisfação no trabalho na atenção básica. *Esc Anna Nery*. 2014;18(1):17-24.

MEC - Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação [homepage na internet]. Diretrizes Curriculares Nacionais Graduação. [acesso em 07 fev 2022]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/observatorio-da-educacao/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>.

O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad. Med*. 2014;89(9):1245-1251.

OMS – Organização Mundial da Saúde [homepage na internet]. The world health report 2008: primary health care now more than ever. 2008. [acesso em 03 jun 2017]. Disponível em: <http://www who.int/entify/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf>.

OPAS-OMS. Organização Pan-Americana de Saúde – Organização Mundial de Saúde [homepage na internet]. Países de todo o mundo assinam Declaração de Astana, que traça caminho para alcançar cobertura universal de saúde. 2018. [acesso em 01 nov 2018]. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5791:paises-de-todo-o-mundo-assinam-declaracao-de-astana-que-traca-caminho-para-alcancar-cobertura-universal-de-saude&Itemid=843>.

OPAS-OMS. Organização Pan-Americana de Saúde – Organização Mundial de Saúde [homepage na internet]. Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030? Brasília, 2018b. [acesso em 28 nov 2018]. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/10/Serie-30-anos-001-SINTESE.pdf>.

Pense SUS – FIOCRUZ [homepage na internet]. Saúde da Família [acesso em 17 jul 2018]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/saude-da-familia>.

Pimentel A. O Método da Análise Documental: Seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cad. Pesqui*. 2001;114:pp.179-195.

REIS, V [online]. Parecer Abrasco para a Consulta Pública sobre a PNAB. 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/parecer-abrasco-para-consulta-publica-sobre-pnab/29951/>. Acesso em: 02 jun 2018.

Rolim LB, Cruz RSBLC, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde Debate*. 2013;37(96):139-147.

Scheffer M, Aith F. O sistema de saúde brasileiro. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG. (Org.). *Clínica Médica.* 2a ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2015. p. 355-365.

Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. Ciênc. Saúde Coletiva. 2012;17(10): 2635-2644.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO,Ministério da Saúde; 2002.

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo [homepage na internet]. Projeto Político-Pedagógico do Campus Baixada Santista é citado no relatório final da Global IPE. [acesso em 11 out 2018]. Disponível em: <http://www.unifesp.br/campus/san7/todas-noticias/415-projeto-politico-pedagogico-do-campus-baixada-santista-e-citado-no-relatorio-final-da-global-ipe>.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2001;6(1):63-72.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES 1.210/2001. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2001.

BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124. de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2012.

Barba PCSD, Silva RF, Joaquim RHVT, Brito CMD. Formação inovadora em Terapia Ocupacional. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(42):829-842.

Bromley P, Powell WW. From smoke and mirrors to walking the talk: decoupling in the contemporary world. *Academy of Management Annals*. 2012;6(1):1-48.

Ceccim RB, Feuerwerker, LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(5):1400-1410.

Gonzalez AD, Almeida MJ. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis*. 2010;20(2):551-570.

Hodges BD, Lingard L. *The Question of Competence reconsidering medical education in the twenty-first century*. New York: Cornell University Press; 2012. p. 22.

Lasswell HD. A estrutura e a função da comunicação na sociedade. In: Cohn G. *Comunicação e indústria cultural*. São Paulo: Nacional/EDUSP; 1971.

Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. 4a ed. São Paulo: EPU; 1988.

Marques CMS, Egry EY. As competências profissionais em saúde e as políticas ministeriais. *Rev. esc. enferm. USP*. 2011;45(1):187-193.

Keinert TMM, Paula SHB, Bonfim JRA. *As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009.

Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento*. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

Moraes R. Análise de conteúdo. *Rev. Educação*. 1999;22(37):7-32.

Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2008;32(4):492-499.

Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2013;47(4):977–983.

Silva EB. Educação como prática da liberdade. *Rev. Bras. Educ*. 2000;14:180-186.

Stalmeijer RE, Mcnaughton N, Van Mook WN. Using focus groups in medical education research: AMEE Guide nº 91. *Med Teach*. 2014;36(11):923-939.

Streck DR, Redin E, Zitkoski JJ. *Dicionário Paulo Freire*. 2a ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010.

Streit DS, et al. *Educação médica: 10 Anos de Diretrizes Curriculares Nacionais*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2012.

APÊNDICE

Universidade de São Paulo
Brasil

Login
Aluno(a)
Rebecca de Holanda Mencarini e Siqueira
NUSP : 2069950
Sair

Apresentação

- Apresentação
- Vídeos tutoriais

\+ Acesso público

\+ Senha

\+ Pessoa

\+ Informações pessoais

\- Aluno regular

- Ficha do aluno
- Bolsas
- Emissão de documentos
- Programa USP iFriends
- Validação de dados

\+ PAE

\+ Matrícula

\+ Cartões USP

- Avisos
- Mapa do *site*
- E-mails automáticos
- Quem São

- Portal Alumni

NUSP: 2069950 Nome: Rebecca de Holanda Mencarini e Siqueira

Ficha do Aluno

Curso	Área	Nº Sequencial	Situação	Visualizar
Especial	Medicina Preventiva (5137)	1		
Especial	Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde (7140)	1		
➔ Mestrado	Medicina Preventiva (5137)	2	Matrícula de Acompanhamento	

Preparar para imprimir

Janus - Sistema Administrativo da Pós-Graduação

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina
Documento sem validade oficial
FICHA DO ALUNO

5137 - 2069950/2 - Rebecca de Holanda Mencarini e Siqueira

Email:	rebeccamencarini@gmail.com (favor indicar um email usp.br o mais rápido possível)
Data de Nascimento:	16/08/1972
Cédula de Identidade:	RG - 22.475.045-8 - SP
Local de Nascimento:	Estado de São Paulo
Nacionalidade:	Brasileira
Graduação:	Terapeuta Ocupacional - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - São Paulo - Brasil - 1994

Curso:	Mestrado
Programa:	Medicina (Medicina Preventiva)
Área:	Medicina Preventiva
Data de Matrícula:	22/09/2016
Início da Contagem de Prazo:	22/09/2016
Data Limite para o Depósito:	23/09/2019
Orientador:	Prof(a). Dr(a). Fernando Mussa Abujamra Aith - 22/09/2016 até o presente. Email: fernando.aith@usp.br
Proficiência em Línguas:	Inglês, Aprovado em 22/09/2016
Data de Aprovação no Exame de Qualificação:	Aprovado em 18/04/2018
Data do Depósito do Trabalho:	
Título do Trabalho:	
Data Máxima para Aprovação da Banca:	
Data de Aprovação da Banca:	
Data Máxima para Defesa:	
Data da Defesa:	
Resultado da Defesa:	
Histórico de Ocorrências:	Primeira Matrícula em 22/09/2016

Aluno matriculado no Regimento da Pós-Graduação USP (Resolução nº 6542 em vigor de 20/04/2013 até 28/03/2018).
Última ocorrência: Matrícula de Acompanhamento em 16/07/2018
Impresso em: 30/11/2018 09:14:14

Análise das diretrizes curriculares nacionais e da

Política Nacional da Atenção Básica em foco nas competências das profissões de saúde no Brasil





www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena Editora
Ano 2022

Análise das diretrizes curriculares nacionais e da

Política Nacional da Atenção Básica em foco nas competências das profissões de saúde no Brasil



www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena Editora

Ano 2022